

CARACTERIZACIÓN DEL AUSENTISMO LABORAL POR INCAPACIDAD  
TEMPORAL DE ORIGEN COMÚN EN UNA EMPRESA PRESTADORA DE SALUD  
DEL SUROCCIDENTE COLOMBIANO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2016

ADALBERTO MANYOMA LEUDO  
CÓD. 1404244



UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
MAESTRÍA EN SALUD OCUPACIONAL  
SANTIAGO DE CALI  
2018

CARACTERIZACIÓN DEL AUSENTISMO LABORAL POR INCAPACIDAD  
TEMPORAL DE ORIGEN COMÚN EN UNA EMPRESA PRESTADORA DE SALUD  
DEL SUROCCIDENTE COLOMBIANO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2016

ADALBERTO MANYOMA LEUDO  
CÓD. 1404244

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Salud Ocupacional

Director del Trabajo  
JORGE IRNE LOZADA  
Médico, Magister en Salud Ocupacional  
Docente Escuela de Salud Pública



UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
MAESTRÍA EN SALUD OCUPACIONAL  
SANTIAGO DE CALI  
2018

## **NOTA DE ACEPTACIÓN**

El presente trabajo de grado fue aprobado por el Director del Programa de la Maestría en Salud Ocupacional, el Director del Trabajo de Grado y el Jurado Evaluador.

---

**Prof.**  
**Director Maestría en Salud Ocupacional**

---

**Prof. Jorge Irne Lozada**  
**Director Trabajo de Grado**

---

**Prof.**  
**Jurado Evaluador**

---

**Prof.**  
**Jurado Evaluador**

Santiago de Cali, 26 de Noviembre de 2018.

## Tabla de contenido

INTRODUCCION.....	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	12
1.1 Pregunta de investigación .....	14
2. JUSTIFICACIÓN .....	15
3. OBJETIVOS .....	16
3.1 Objetivo general .....	16
3.2 Objetivos específicos .....	16
4. MARCO TEÓRICO .....	17
4.1 Estado del Arte.....	17
4.2 Marco Conceptual .....	20
4.2.1 Ausentismo.....	20
4.2.1.1 Clasificación del ausentismo laboral. ....	21
4.2.1.2 Causas del ausentismo legal o involuntario. ....	22
4.2.1.3 Evaluación del Ausentismo Laboral .....	23
4.2.1.4 Costos personales y sociales del ausentismo .....	26
4.2.2 Sistema de seguridad social en Colombia. ....	27
4.2.2.1 Sistema General de Pensiones. ....	28
4.2.2.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud. ....	28
4.2.2.3 Sistema General de Riesgos Laborales. ....	28
4.2.2.4 Servicios Sociales Complementarios. (Colombia mayor). ....	29
4.2.3 Incapacidad temporal. ....	34
4.2.3.1 Criterios para conceder una incapacidad .....	39
4.2.3.2 Consecuencias de las incapacidades .....	41
4.2.3.3 Hiperfrecuentadores de atención médica. ....	41
4.2.4 Carga de trabajo. ....	42
4.3 Marco Aspectos Legales .....	43
5. METODOLOGÍA .....	53
5.1 Tipo investigación.....	53

5.2	Población de estudio .....	53
5.3	Muestra.....	53
5.4	Criterios de selección .....	53
5.5	Instrumentos recolección datos .....	54
5.5.1	Formatos de recolección de información sociodemográfico y ocupacional .....	54
5.5.2	Formato de información sobre ausentismo. ....	54
5.6	Listado de variables.....	54
5.7	Procedimiento .....	58
5.7.1	Fase 1. Socialización de la investigación.....	58
5.7.2	Fase 2: Selección de muestra. ....	58
5.7.3	Fase 3: Consentimiento informado. ....	58
5.7.4	Fase 4: Aplicación de instrumentos. ....	58
5.7.5	Fase 5: Procesamiento de datos.....	59
6.	CONSIDERACIÓN ASPECTOS ÉTICOS.....	61
7.	RESULTADOS .....	62
7.1	Caracterización sociodemográfica .....	62
7.2	Incapacidades en el periodo estudiado.....	66
7.3	Análisis de ausentismo.....	85
7.3.1	Horas de incapacidad por enfermedad general .....	85
7.3.2	Horas hombre trabajadas.....	86
7.3.3	Índices .....	87
7.3.3.1	Número total de incapacidades .....	87
7.3.3.2	Número total de días de incapacidad o días cargados por enfermedad general .....	88
7.3.3.3	Índice de Ausentismo .....	89
7.3.3.4	Índice de frecuencia.....	91
7.3.3.5	Índice de severidad .....	92
7.3.4	Hiperfrecuentadores .....	94
7.3.5	Costos del ausentismo .....	103
8.	DISCUSIÓN .....	106
9.	CONCLUSIONES.....	113

9.1	Limitaciones del estudio .....	116
10.	RECOMENDACIONES .....	117
	BIBLIOGRAFÍA .....	119
	ANEXOS .....	126

## Lista de tablas

Tabla 1. Listado de variables .....	54
Tabla 2. Distribución empleados por género.....	62
Tabla 3. Distribución de empleados por género y empresa.....	62
Tabla 4. Distribución de empleados por género y EPS .....	63
Tabla 5. Distribución de empleados por rango de edad .....	65
Tabla 6. Distribución de empleados por rango de edad por empresa.....	65
Tabla 7. Distribución de incapacidades por empresa .....	66
Tabla 8. Distribución de incapacidades por género y empresa .....	67
Tabla 9. Tasa de Incapacidad por Empresa y Género .....	68
Tabla 10. Distribución de Incapacidades por afiliación a EPS y género.....	69
Tabla 11. Distribución de incapacidades por afiliación a EPS.....	70
Tabla 12. Distribución de incapacidades por rango salarial y género .....	71
Tabla 13. Distribución de incapacidades por empresa y contingencia.....	72
Tabla 14. Distribución de incapacidades por rango de días .....	73
Tabla 15. Distribución de incapacidades por rango de días según empresa.....	75
Tabla 16. Prevalencia de prórrogas de incapacidades .....	76
Tabla 17. Prórrogas de incapacidades por empresa.....	77
Tabla 18. Prórrogas de incapacidades por contingencia Empresa A.....	78
Tabla 19. Prórrogas de incapacidades por contingencia Coomeva Prepagada.....	79
Tabla 20. Prórroga de incapacidades por contingencia Empresa C .....	80
Tabla 21. Promedio de días por incapacidad.....	81
Tabla 22. Promedio de días de incapacidad por Enfermedad General .....	81
Tabla 23. Promedio de días de incapacidad por accidente laboral .....	82
Tabla 24. Promedio de días de incapacidad por enfermedad laboral .....	82
Tabla 25. Número de registros de incapacidad por diagnóstico según la CIE-10.....	82
Tabla 26. Distribución de registros de incapacidad por promedio de días de incapacidad según la CIE 10 .....	84
Tabla 27. Horas de incapacidad por enfermedad general por empresa y período estudiado	86

Tabla 28. Número de horas hombre trabajadas en el periodo estudiado .....	86
Tabla 29. Número de horas hombre trabajadas en el periodo estudiado por empresa .....	87
Tabla 30. Número total de incapacidades .....	88
Tabla 31. Número de días de incapacidad .....	89
Tabla 32. Prevalencia de hiperfrecuentador .....	94
Tabla 33. Distribución de hiperfrecuentadores por género .....	95
Tabla 34. Distribución de hiperfrecuentadores por empresa .....	96
Tabla 35. Promedio de incapacidades .....	97
Tabla 36. Distribución hiperfrecuentadores por diagnóstico CIE10 .....	98
Tabla 37. Distribución por hiperfrecuentadores por contingencia .....	99
Tabla 38. Distribución de hiperfrecuentadores por rango salarial.....	100
Tabla 39. Distribución de hiperfrecuentadores por rangos de edad .....	101
Tabla 40. Distribución de hiperfrecuentadores por rango de incapacidad .....	102
Tabla 41. Distribución costo de ausentismo por rango de días de incapacidad .....	103
Tabla 42. Distribución de costos asumidos por empresa según rango de incapacidad .....	104
Tabla 43. Distribución de gastos per cápita por empresa .....	105
Tabla 44. Promedio de días de incapacidad, según CIE 10.....	106
Tabla 45. Días sugeridos de incapacidad según guía española .....	107



## Lista de gráficos

Gráfico 1. Distribución de empleados por género y empresa.....	63
Gráfico 2. Distribución de empleados por género y EPS .....	64
Gráfico 3. Distribución de empleados por género y área .....	64
Gráfico 4. Distribución de empleados por empresa y grupo de edad.....	66
Gráfico 5. Distribución de Incapacidades por Empresa .....	67
Gráfico 6. Distribución de incapacidades por género y empresa .....	68
Gráfico 7. Tasa de Incapacidad por Empresa y Género .....	69
Gráfico 8. Distribución de Incapacidades por afiliación a EPS y género.....	70
Gráfico 9. Distribución de incapacidades por área y género .....	71
Gráfico 10. Distribución de incapacidades por género y rango salarial .....	72
Gráfico 11. Distribución de incapacidades por empresa y prórroga según tipo de Contingencia.....	73
Gráfico 12. Distribución de incapacidades por rango de días .....	74
Gráfico 13. Distribución de incapacidades por rango de días .....	74
Gráfico 14. Distribución de incapacidades por rango de días por empresa .....	75
Gráfico 15. Prevalencia de prórrogas de incapacidades .....	76
Gráfico 16. Distribución de prórrogas por empresa .....	77
Gráfico 17. Distribución de prórrogas por contingencia Empresa A .....	78
Gráfico 18. Distribución de prórrogas de incapacidad por contingencia en Coomeva Empresa B .....	79
Gráfico 19. Distribución de incapacidades por contingencia Empresa C .....	80
Gráfico 20. Índice general de ausentismo .....	90
Gráfico 21. Índice de ausentismo por empresa.....	90
Gráfico 22. Tasa de ausentismo por empresa .....	91
Gráfico 23. Índice de frecuencia por empresa .....	92
Gráfico 24. Índice de severidad general .....	92
Gráfico 25. Índice de severidad según empresa .....	93
Gráfico 26. Distribución de hiperfrecuentadores .....	94

Gráfico 27. Distribución de hiperfrecuentadores por género .....	95
Gráfico 28. Distribución de hiperfrecuentadores por empresa .....	96
Gráfico 29. Comparación de promedio de incapacidades .....	97
Gráfico 30. Distribución de hiperfrecuentadores por diagnóstico CIE 10 .....	98
Gráfico 31. Distribución de hiperfrecuentadores por contingencia.....	100
Gráfico 32. Distribución de hiperfrecuentadores por rango salarial .....	101
Gráfico 33. Distribución de hiperfrecuentadores por rangos de edad .....	102
Gráfico 34. Distribución de hiperfrecuentadores por rango de incapacidad .....	103
Gráfico 35. Distribución costo de ausentismo por rango de días de incapacidad .....	104
Gráfico 36. Distribución de costos asumidos por empresa según rango de incapacidad ...	104

## INTRODUCCION

El ausentismo laboral suele ser un fiel reflejo del clima socio laboral que vive una empresa. En un 80% ó 90% el ausentismo es ocasionado por la incapacidad médica temporal a causa de una enfermedad o accidente; las cuales suponen un entorno sociolaboral con dificultades organizacionales, de gestión y económicas por el impacto generado.

El ausentismo laboral por causa médica constituye un hecho interesante, el cual puede evidenciar el deterioro en la salud del individuo, que en algunos casos puede ser causado o agravado por su actividad laboral, además un alto ausentismo es la evidencia clara de una población trabajadora con poca motivación y problemas de salud; es una aproximación a los posibles riesgos que afectan a la población trabajadora por medio del análisis de los datos sobre ausentismo.

Todo lo anterior motivó a evaluar de manera integral el comportamiento del ausentismo por incapacidad médica y su costo en una Entidad Prestadora de Servicios de Salud del suroccidente colombiano.

La siguiente investigación es un estudio descriptivo transversal de análisis de datos, donde se analizaron diferentes bases de datos de una población que posee 1542 funcionarios, abarcando personal administrativo y asistencial; quienes durante el primer semestre del año 2016 se ausentaron de su puesto de trabajo por causa médica de origen común, accidente de trabajo o por enfermedad laboral.

Inicialmente se realizó la caracterización socio-demográfica y ocupacional del ausentismo de la población objeto de estudio y posteriormente se efectuó el análisis descriptivo del comportamiento de los indicadores de la incapacidad temporal y se determinaron los costos generados por el ausentismo.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El ausentismo laboral es un fenómeno que le genera muchas pérdidas económicas a las empresas. Cuando los empleados faltan a su trabajo por enfermedad, el choque monetario que sufre la empresa no se enfoca exclusivamente en las labores concretas que deja de realizar ese empleado enfermo. Frecuentemente el impacto se siente en el resto de la empresa, especialmente si el empleado hace parte de un grupo cuyos objetivos se deben lograr en un tiempo determinado. Estos costos, no solo se asumen por la empresa; sino también los empleados, los organismos de seguridad social (que funcionan con los aportes de empresarios y trabajadores) y, en un nivel más amplio, el país, ya que genera una disminución del producto interno bruto. (1)

La Empresa Prestadora de Salud hace parte de un grupo empresarial (Constituido por 16 empresas y dividido en sectores: Financiero, Salud, Turismo, Seguros). El sector Salud cuenta con cuatro empresas.

Actualmente la participación de la Empresa Prestadora de Salud (EPS) en el mercado de la salud en el Régimen Contributivo es del 16,04%, de un total de 18.624.375 afiliados al régimen, convirtiéndola en la Segunda EPS más grande del país.

- El sistema de red de servicios está compuesto por Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que se organizan en niveles de complejidad de acuerdo al modelo de atención propuesto por la organización, que debe ir de la mano de la caracterización del riesgo expresado en el perfil epidemiológico de la población afiliada vigente, en coherencia con la proyección de crecimiento que la EPS tenga definido en las oficinas regionales.

Estas son:

- Caribe
- Noroccidente
- Suroccidente

- Centroriente
- Nororiente
- Eje Cafetero

Hasta la fecha, la regional Suroccidente cuenta con alrededor de 1.542 colaboradores contratados por nómina, repartidos en personal asistencial y personal administrativo.

En el momento del estudio la empresa contaba con 3 empresas funcionales, la cuales se dividían de la siguiente forma:

- Empresa A: Segunda empresa de Servicios de Salud en el país con 25 años de trayectoria, especialista en servicios del Plan Obligatorio en Salud (POS), con más de 3.500.000 afiliados en 29 departamentos del país. Funciona con servicios de consulta externa, promoción y prevención y urgencias.
- Empresa B: Ofrece los servicios de Empresa B, planes de aseguramiento voluntario que permite acceder a servicios diferenciales mediante el pago de cuotas anticipadas. Los planes de Empresa B apelan a la prevención de la enfermedad, pero también a su tratamiento. Y abarcan, también, la salud oral y visual de sus afiliados.
- Empresa C: Llegó hace dos años y medio al mercado colombiano, y actualmente, tiene dos clínicas en el Valle del Cauca (Cali y Palmira), 60 centros ambulatorios en el país y ofrece atención domiciliaria en 14 ciudades de Colombia. Ofreciendo un modelo en el cual, por un pago fijo que tenga una calificación por resultados clínicos, la IPS se encarga del ciento por ciento de la salud del paciente.

En esta empresa se ha identificado que el ausentismo laboral impacta los indicadores de oportunidad en atención y traumatismos en cada uno de servicios que presta, además de generar sobrecarga de trabajo en los compañeros de área de la persona que se ausenta. Ya que el grupo de colaboradores debe responder de cualquier forma a las tareas pendientes y adquiridas con anterioridad por el trabajador ausente, ya sean de carácter asistencial o administrativa.

En dicha institución, se desconocen los factores asociados al ausentismo laboral por causa médica del personal asistencial y administrativo, además de la magnitud de estos; esta situación constituye una problemática para la institución, por esta razón se hace necesario contar con información que ayude a comprender las variables que están involucradas en este fenómeno.

En la Empresa Prestadora de Servicios de Salud, a pesar de llevarse un registro del ausentismo de sus empleados, se desconoce su real magnitud, y también cuáles son los factores que se relacionan con él, por lo tanto, el problema que representa el ausentismo laboral en esta institución debe ser investigado para acercarse a sus posibles causas, ya que perjudica de manera directa a la organización, al personal de salud y a los usuarios.

Durante años anteriores, la empresa ha pagado por causa de incapacidades médicas grandes sumas de dinero que han impactado sus finanzas.

## **1.1 Pregunta de investigación**

¿Cuál es el comportamiento del ausentismo laboral por incapacidad temporal de origen común, en el personal trabajador de una empresa prestadora de servicios de salud durante el primer semestre del año 2016?

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Por ser el ausentismo laboral un fenómeno en aumento, que conlleva a consecuencias graves para las instituciones de salud y su entorno, se hace importante conocer cuáles son las principales variables relacionadas; ya que se podrá suministrar información útil al respecto, y posiblemente de esta manera disminuir los altos costos financieros que conlleva este fenómeno, así como reducir los riesgos y posibles accidentes laborales que implican que un empleado se ausente de su labor, también esta información permitirá mejorar la calidad de los servicios asistenciales y tomar acciones que optimicen el bienestar del personal de salud e indirectamente podrá influir en la mejora de la calidad de la prestación de los servicios.

De hecho se hace necesario el conocimiento de indicadores de ausentismo laboral en una empresa del Sector Salud Regional Suroccidente, para poder cuantificar los días perdidos en función de la sobrecarga laboral y determinar las causas y factores condicionantes, para establecer disminución de riesgos, como factores productores de incapacidad y con resultados, establecer un plan de mejoramiento en función de la administración y de la mejor atención en el paciente que acude a esta empresa aseguradora.

A pesar de que hay muchos modelos que intentan explicar las causas y el significado del ausentismo laboral, no existe en la actualidad una interpretación universalmente aprobada para este fenómeno; por esta razón es realmente importante conocer cuáles son los factores asociados al ausentismo laboral desde la particularidad de cada institución de salud, teniendo en cuenta las diferencias individuales y aspectos sociodemográficos que se relacionan con dicho fenómeno. Lo anterior reduce la competitividad y puede llegar a incrementar los costos.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general**

Evaluar el comportamiento del ausentismo laboral de causa médica en el personal trabajador de una empresa prestadora del suroccidente, durante el primer semestre del año 2016.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar demográfica y ocupacionalmente la población de la empresa prestadora de servicios de salud.
- Identificar las dependencias críticas y las áreas críticas generadoras de ausentismo por incapacidad médica del personal que labora en la institución objeto de estudio.
- Determinar los diagnósticos dentro de la morbilidad de la institución, que causaron el ausentismo laboral en el periodo analizado, según el código internacional de Enfermedades (CIE 10).
- Comparar el promedio de días perdidos por incapacidad temporal según diagnóstico clasificado en el CIE10, frente al promedio de días de incapacidad sugeridos de una guía internacional.



## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1 Estado del Arte**

El ausentismo laboral es un problema de índole internacional que ha sido estudiado a lo largo de varios años y su aparición ha venido creciendo a la par con las diferentes formas de trabajo en las sociedades. (2)

El ausentismo laboral en este momento se considera como un suceso de preocupación constante para las compañías tanto del sector oficial como privadas, y se presenta tanto en países desarrollados como en aquellos que están en vía de desarrollo. (3)

El ausentismo laboral es un fenómeno de difícil abordaje y habitual en el área laboral, que se ha transformado en un asunto complicado de abordar cuando aqueja el rendimiento y ocasiona detrimento en el clima laboral de las empresas.

En los países de primer mundo, a pesar de que se ha optimizado la retribución económica de los empleados, la tasa de ausentismo continúa creciendo en forma fehaciente por encima de 30% en los últimos 25 años, en donde la incapacidad por enfermedad general o por accidente ocupa las tres cuartas partes del ausentismo laboral. (3)

En estudios realizados en España durante el año 2015 señalaron que las tasas de ausentismo se han elevado en comparación con años anteriores; en el año 2014 se situaron en 4,4% frente a 4,1% del año 2013, con un costo de más de 4.750 millones de Euros para la Seguridad Social. (4)

En el año 2016 estudios expresaron que las tasas de ausentismo crecieron de 4,4% a 4,7%, originando costos de 5.132 millones de euros para la seguridad social. (3)

Entre los países que más han investigado acerca del ausentismo se encuentran España, Suiza, Dinamarca, Finlandia, Estonia, Australia, Canadá y EEUU. Se ha demostrado que en España y Suiza ostentan índices de alrededor de 11 días perdidos por trabajador; Finlandia, Estonia, Dinamarca y Australia se ubican entre 6 y 9 días perdidos por trabajador; contrastado con

Estados Unidos que posee la serie histórica con menor nivel de faltas laborales y manifiesta una tendencia a reducirlas. (5)

En países latinoamericanos como Argentina, se calcula que la tasa de ausentismo está aproximadamente en 5%, hace diez años se tasaba en un 1%. (6) En México, por su parte, el ausentismo constituye el 7,3% del costo anual del pago de las empresas, asimismo esas ausencias en 38% de los casos se tuvieron que reemplazar con horas extras. (7)

En Colombia se subraya que el mayor causante de ausentismo es la enfermedad general con el 81,8%, seguido del accidente de trabajo con el 7,3%, el 0,9% presenta enfermedad laboral y el 9,4 declara no saber. Entre enero y julio de 2011, se perdieron cerca de 3.644.360 días por incapacidad temporal de empleados siniestrados, se dejaron de trabajar 9984 años u 87,4 millones de horas. Cada empleado siniestrado tiene en promedio 8,2 días de incapacidad. (8)

En una empresa prestadora de servicios de Salud en Floridablanca (Santander – Colombia) en el año 2014, se realizó un estudio de prevalencia de factores laborales y satisfacción asociados al ausentismo laboral del área asistencial, se halló una prevalencia de 15.7%, con una duración promedio de 5 días; además los principales diagnósticos que ocasionaron ausentismo fueron las enfermedades respiratorias con 15%, virosis 20% y enfermedades gastrointestinales 15%. Se hallaron asociaciones estadísticamente significativas entre el área de desempeño, el estrato económico y el nivel académico con el ausentismo laboral; pero, no hubo relación con la satisfacción laboral. (9)

En Colombia en el año 2015 la Revista Salud Bosque, publicó que los múltiples componentes concluyentes del ausentismo hacen confuso su abordaje y manejo; pero, con las diferentes intervenciones psicosociales, organizativas y ergonómicas exitosas, han podido reducir significativamente la ausencia al trabajo y, por consiguiente, sus costos directos e indirectos en las empresas en procesos de costos, productividad, desgaste administrativo y de recurso humano. (10)

En la literatura se encuentra un estudio en la región en donde se evidencia que durante el año 2015 una entidad obtuvo 10.617 excusas de servicio o incapacidades, además de obtener

1.404 incapacidades para un total de 23.628 días de ausentismo laboral, con un costo estimado de \$664.371.983 pesos solo en salarios de acuerdo al sueldo básico por cada cargo. (11)

En Cali se realizó el estudio “Ausentismo laboral en personal de salud de la Red Salud Norte de Cali en 2013”, en el cual se demostró que entre las áreas que tuvieron más número de horas de ausentismo se encontraban los auxiliares de enfermería, los enfermeros/as, y los médicos de consulta externa. Asimismo, se halló un número mayor de ausentismo en el personal que labora en turnos completos de 8 horas diarias en el área de consulta externa. El estudio muestra que el 50,8% del personal trabajador en la Red Norte se ausentó durante el año 2013. (12)

En el año 2013 surge el estudio “Tipos de contrato y Ausentismo Laboral en Colombia”, en donde los autores Carlos Restrepo y Elcira Salgado tomaron en cuenta los datos de la “Encuesta Continua de Hogares de gran escala para Colombia”, donde los resultados evidenciaron que las personas que presentan un contrato escrito tienen más probabilidades de ausentarse en su sitio de trabajo comparado con una persona que presenta un contrato de tipo verbal. Además, muestra que el género femenino se incapacita más que el género masculino, asimismo de que si la mujer se encuentra casada la probabilidad de ausentarse aumenta. Este estudio también revela que las personas con un nivel educativo bajo faltan menos a sus puestos de trabajo comparado con una persona con título universitario. (13)

El ausentismo laboral es un suceso habitual en las empresas, que proviene de diversas causas, y que genera un impacto negativo en el área económica y en el desarrollo de las actividades normales de los trabajadores; dando como resultado un aumento en los costos y sobrecarga laboral para estos últimos. (14)

En una Empresa de Servicios de Salud del departamento del Valle del Cauca, se realizó un estudio durante el año 2014 que como resultado arrojó que el personal médico es que más se ausenta, seguido del personal administrativo y posteriormente el departamento de terapia física. El género femenino es el que presenta más ausencias a su sitio de trabajo, dentro de

las patologías más frecuentes se encuentran las enfermedades respiratorias, seguidas de las parasitarias. (15)

## **4.2 Marco Conceptual**

### **4.2.1 Ausentismo**

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define el ausentismo laboral como “la no asistencia al trabajo por parte de un empleado que se pensaba iba a asistir, quedando excluidos los periodos vacacionales y las huelgas”. (Citado por Mendoza, 1998) (16)

En España el INSS, el Instituto Nacional de Previsión, lo define como: “Toda ausencia al trabajo, sea justificada o no, computable por la diferencia cronológica existente entre los tiempos de trabajo contratados y los efectivamente realizados” (Citado por Ribaya, 1996) (17), no obstante es una enunciación que se orienta directamente en la actividad económica de la empresa.

En el año 2006, Francisco Molinera Mateos define al ausentismo como: “un acto individual de la no presencia del trabajador en su puesto de trabajo como consecuencia de una elección entre actividades personales que implica abandono de sus obligaciones”. (18) (p. 113)

La ausencia es el tiempo de trabajo perdido de forma imprevista; ausente es el empleado que no asiste a su trabajo cuando se espera que lo haga, y ausentista es el empleado que se ausenta de forma continua.

Para evaluar el ausentismo laboral se deben reconocer tres variables que son fundamentales: los episodios de ausencia, el lapso de la ausencia y la etiología de la ausencia.

- Episodios de ausencia: tiempo definitivo de ausencia desde su inicio, indiferente de su duración; un episodio puede iniciar en un año y proseguir en el subsiguiente, pero su aporte estadístico solo se asigna al primer año.

- Lapso de la ausencia: se debe contabilizar en días calendario, no obstante, en otras publicaciones han empleado días de trabajo o turnos. El sistema de seguridad social puede consignar el número de días en los cuales se debe remunerar la ausencia. El primer día de ausencia del trabajador se registra como el día inicial; el día final es el que precede al día de reintegro al trabajo, es despedido, es pensionado o muere.
- Etiología de la ausencia o diagnóstico: mayoritariamente se debe señalar la causa principal de la incapacidad determinada al final del periodo, fundamentalmente si hay cambio de diagnóstico. Se deben tomar en cuenta los 22 grupos diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión CIE-10.

#### *4.2.1.1 Clasificación del ausentismo laboral.*

El principal tipo de ausentismo es aquel que se le atribuye a la incapacidad temporal (enfermedad general, accidente de trabajo y enfermedad laboral), y representa alrededor del setenta y cinco por ciento (75%) y a veces la totalidad del ausentismo industrial, aunque en algunos casos el ausentismo no certificado puede ser tan importante como este. (19)

En la literatura se puede encontrar diferentes clasificaciones de ausentismo, para la escritora mexicana María Balderas (20) el ausentismo se clasifica de la siguiente forma:

- Ausentismo legal o involuntario: es el que se caracteriza por ser un costo que debe asumir la empresa, ya que al trabajador se le sigue pagando su remuneración. También se le denomina ausentismo retribuido y este incluye enfermedad común, accidente de trabajo, enfermedad laboral, licencias legales, maternidad y adopción de menores de 7 años, convenciones colectivas y huelgas, entre otros.
- Ausentismo personal o voluntario: se caracteriza por ser un costo de oportunidad para la empresa, porque el trabajador percibe su remuneración. Es lo que se podría llamar

ausentismo no retribuido y comprende permisos particulares, faltas injustificadas, llegadas tardes al trabajo, ausencias no autorizadas y conflictos laborales.

En Europa se pueden encontrar diferentes clasificaciones (20) entre ellas se tiene:

- Según su origen: éste puede clasificarse en ausencias de origen médico (Ej: Apendicitis aguda) o de origen no médico (Ej: ausencia al trabajo por una situación familiar particular como enfermedad de los hijos).
- Según las causas amparadas por la ley: las ausencias pueden ser legales (Ej: calamidad doméstica) o ilegales (Ej: falta al trabajo no justificada).
- Según la decisión del trabajador: el ausentismo puede ser voluntario (Ej: ausencia por paro cívico) o involuntario (Ej: ausencia por falta de motivación).

En los últimos años se habla del fenómeno conocido como “Ausentismo Laboral Presencial” que no es más que asistir al trabajo, pero el trabajador dedica una parte de su jornada a actividades que son ajenas a las labores propias del empleo.

Este tipo de ausentismo es difícil de abordar porque entra en el terreno del derecho a la intimidad, un campo que las organizaciones no pueden regular; no se contabiliza y pasa desapercibido, pero incide severamente en la innovación y la productividad de las organizaciones. (21).

#### *4.2.1.2 Causas del ausentismo legal o involuntario.*

El análisis de las causas que dan origen al ausentismo es de gran importancia para su clasificación, ya que esta definirá la forma de actuación para su intervención.

Las principales causas son:

- Enfermedad de origen común: ausencias debidas a enfermedad no originadas por el trabajo, accidente no laboral, justificados con el correspondiente certificado médico expedido por la Entidad Promotora de Salud.
- Eventos de origen profesional: ausencias debidas a accidentes de trabajo o enfermedades laborales, de acuerdo a la Ley 1562 de 2012.
- Licencia de maternidad, paternidad y adopción de menores de 7 años: según la Ley 1468 de 2011, que modifica el artículo 239 del Código Sustantivo de Trabajo, define a la licencia de maternidad como: licencia remunerada por 14 semanas en la época del parto. El esposo o compañero permanente de la trabajadora tendrá derecho a ocho días de licencia remunerada (licencia de paternidad). (22) Este descanso remunerado lo concede el Sistema de Seguridad Social en Salud a toda trabajadora que sea madre con criatura viable, siempre y cuando acredite haber cotizado ininterrumpidamente al Sistema durante todo el período de gestación en curso, o durante nueve (9) meses (Decreto 806 de 1998, Art. 63). (23) Tratándose de hijos adoptivos hasta los 7 años de edad son extensivos los beneficios de la licencia de maternidad. En caso de que el recién nacido muera antes del parto, se reconocen hasta 28 días de licencia de maternidad. (Código Sustantivo del Trabajo, Art. 237). (24)

#### *4.2.1.3 Evaluación del Ausentismo Laboral*

La medición del ausentismo es un gran desafío al que se enfrenta cualquier empresa, porque no existe un consenso acorde sobre que índices se deben utilizar, lo que entorpece la comparación de los mismos entre organizaciones. Los índices que más repetidamente se emplean son las magnitudes de frecuencia y duración.

Es necesario que los indicadores permitan distinguir las causas del ausentismo. Es preciso tener en cuenta variables tales como la edad, el sexo, la ubicación geográfica, el nivel de escolaridad y cargo desempeñado. Los índices o tasas más utilizados para medir el ausentismo laboral son:

- **Tasa de prevalencia de punto:** se define como el número de personas ausentes en un día, representado como porcentaje del total de la población quienes deberían haber asistido ese día. No da una indicación de la duración ni de la frecuencia.
- **Índice de prevalencia de periodo:** es un indicador exacto que da una idea de la carga por ausentismo sobre una empresa. Muestra el porcentaje de ausencias a fin de mes o del año. Este indicador enumera las bajas que se mantienen en un momento determinado recopilando las bajas nuevas y las antiguas.
- **Índice de severidad:** es muy usada en salud ocupacional, define el promedio anual de duración por persona de tiempo perdido debido a enfermedad o a otros tipos de ausencias. Expresa el total de días calendario (o de trabajo) perdidos debido al ausentismo en un año como una tasa persona riesgo y así el denominador debe ser “años personas” en riesgo.
- **Índice de incidencia:** es una tasa que se calcula como el número total de nuevos episodios, comenzando en un año dividido por los años personas en riesgo, y es así complementario al promedio de duración anual por persona. Al dividir el 28 número total de días por el número de episodios se puede obtener el promedio de duración de un episodio.
- **Ausentismo laboral legal:** se obtiene de dividir el número de horas perdidas por accidente de trabajo, enfermedad, licencias entre número total de horas de trabajo teóricas a realizar, multiplicado el resultado por cien.
- **Proporción de trabajadores ausentes:** porcentaje de trabajadores ausentes al menos una jornada en el mes con respecto a la dotación total de personal de las empresas al inicio del mes.



- Cantidad de días de ausencia por trabajador ausente: expresa la duración media de la inasistencia en cantidad de días.
- Porcentaje de ausencias diarias en el total de jornadas laborables: proporción del total de días/trabajador de ausentismo sobre el total de días/ trabajados laborables en el período bajo estudio.
- Composición de personal ausente según motivo: se presenta la proporción de trabajadores que se ausentaron durante el mes según las razones que ocasionaron la inasistencia.
- Proporción de empresas con ausentismo según motivo: porcentaje de empresas que registraron ausentismo durante el mes según los motivos que causaron las ausencias del personal.

La elaboración y la interpretación de los indicadores, con frecuencia revisten ciertas dificultades: los indicadores para medición de frecuencia y gravedad deben tener una constante (K) como factor multiplicador. Dado que K no se encuentra estandarizada mundialmente, y en muchas ocasiones su definición depende del número de horas que sea permitido laborar en cada país, el patrón de comparación de los valores obtenidos por medio de los indicadores, se ve limitado.

Por ejemplo, en el caso de Colombia, la constante de 200.000 resulta, de acuerdo con la Norma Técnica Colombiana NTC 3701, como sigue (25): 100 (trabajadores en promedio) x 40 (horas laboradas en la semana) x 50 (semanas del año). A las 52 semanas del año se le descuentan 2 semanas correspondientes al periodo de vacaciones.

Por lo tanto, el índice de frecuencia (IF) para Colombia se calcularía así:

$$\text{IF} = \frac{\text{número de episodios de ausencia en el periodo} \times 200.000}{\text{horas-hombre programadas}}$$

Por separación se pueden calcular los índices de ausentismo por accidente y enfermedad.

- Índice de ausentismo por accidente: es el resultado de dividir las horas perdidas por accidente, entre el número total de horas de trabajo disponibles, multiplicado el resultado por 100.
- Índice de ausentismo por enfermedad: se obtiene de dividir el número de horas perdidas por enfermedad entre el número de horas totales disponibles, multiplicado el resultado por cien.

#### *4.2.1.4 Costos personales y sociales del ausentismo*

Además de los costos económicos y monetarios del ausentismo, coexisten otros costos que deben analizar además como lo son los costos personales y sociales, los cuales pueden ser:

- Disminución en la moral en los colaboradores de su área de trabajo por la redistribución de oficios y la carga extralaboral.
- Si no se realizan labores correctivas, el problema se agrava tanto que los colaboradores sienten que la entidad no los cuida.
- El empleado puede tener inconvenientes para la readaptación al trabajo.
- Asimismo, el empleado y familia puede ver afectado en un 1/3 parte de su ingreso.

Con todo esto los costos se incrementan, la productividad descende y las ganancias son pequeñas. El impacto financiero que sufre la empresa, no proviene eminentemente de las tareas específicas que deja de desempeñar el trabajador enfermo, el impacto se puede observar en toda la empresa, particularmente si el empleado hace parte de un equipo de trabajo, cuyos resultados deben obtenerse en un plazo determinado. Los costos no sólo los

asume la empresa, también los trabajadores, las instituciones de seguridad social y en una escala más alta, el país, pues se presenta una reducción del producto interno bruto.

#### 4.2.2 Sistema de seguridad social en Colombia.

El Sistema de Seguridad Social Integral vigente en Colombia fue establecido por la Ley 100 de 1993 y aglutina de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales pueden tener acceso las personas y la comunidad con el propósito principal de reconocer una calidad de vida que esté conforme con la dignidad humana. Está incluido en el Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social. (26)

Dentro del marco de la Ley 100 de 1993, la Seguridad Social es un proyecto de protección que brinda el Estado a sus pobladores, en fusión con un grupo de corporaciones públicas y privadas.

El Sistema incluye las obligaciones del Estado y la sociedad, las corporaciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y de servicios complementarios, incorporados en la Ley 100 de 1993 y en otras normas.

La Seguridad Social es un servicio público ineludible, cuya conducción, organización y vigilancia está a cargo del Estado y es proporcionado por instituciones públicas y privadas. Impide instabilidades económicas y sociales que, de no solucionar, representarían la disminución o la pérdida de los ingresos a causa de eventualidades como la enfermedad, los accidentes, la maternidad o el desempleo, entre otras.

Conforme con la Ley 100 de 1993, el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia consta de los sistemas de pensiones, de salud y de riesgos laborales y de los servicios sociales complementarios.

#### *4.2.2.1 Sistema General de Pensiones.*

El Sistema General de Pensiones tiene por finalidad garantizar a la población, el auxilio contra las eventualidades producidas por la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones estipuladas en la Ley 100 de 1993. Del mismo modo se encamina a la ampliación progresiva de cobertura a los segmentos de población no cubiertos con un sistema de pensiones.

Está compuesto por dos regímenes solidarios excluyentes pero que cohabitan. El primero es el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida que es de perfil público y es administrado por Colpensiones. El segundo es el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, que es de perfil privado y es manejado por las Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías.

#### *4.2.2.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene por meta organizar el servicio público esencial de salud y establecer escenarios de acceso al servicio a toda la población, en todos los niveles de atención. Es dirigido por las Entidades Promotoras de Salud (EPSs) y la prestación del servicio está a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPSs).

#### *4.2.2.3 Sistema General de Riesgos Laborales.*

El Sistema General de Riesgos Laborales es el conjunto de organizaciones públicas y privadas, principios y procedimientos, dispuestos a prevenir, preservar y atender a los empleados de las secuelas de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrir con ocasión a su actividad o como consecuencia de la actividad que desarrollan.

Su financiación procede de la cotización obligatoria, establecida por el nivel de ingreso y la clasificación del riesgo. Las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARLs) son las entidades garantes de la incorporación, el registro y el cobro de sus cotizaciones.

#### *4.2.2.4 Servicios Sociales Complementarios. (Colombia mayor).*

Con estos auxilios económicos se tiene con objetivo salvaguardar a las personas de la tercera edad que se encuentran desprotegidas, no cuentan con una pensión o viven en la indigencia y/o en extrema pobreza. Ahora, este componente se desarrolla a través del Programa Colombia Mayor que otorga un subsidio económico a las personas mayores de edad con bajos ingresos o que carezcan de ellos.

Además de lo observado en la Ley 100, están otros sistemas que están incluidos en el Sistema de Seguridad Social en Colombia, los cuales se muestran a continuación.

- **Cesantías.** Las cesantías son un beneficio social al que tienen derecho los empleados del sector público y privado, creada con el propósito de crear un ahorro para cancelar los gastos durante el desempleo, pero que se puede utilizar para pagar la educación superior o adquirir vivienda. Las cesantías son administradas por los fondos privados y por el Fondo Nacional del Ahorro, en el caso de los trabajadores del Estado.
- **Subsidio Familiar.** El subsidio familiar es una prestación social cuyo propósito fundamental radica en el alivio de las cargas económicas que constituyen el sustento de la familia como núcleo básico de la sociedad (Artículo 343 del Código Sustantivo del Trabajo). El subsidio familiar no es sueldo, sino un derecho latente que se otorga cuando se le crea al trabajador por razones de parentesco, convivencia o dependencia económica, para que con él disfrute de los beneficios que ofrecen los organismos responsables de la gerencia del subsidio. El subsidio familiar es entregado a los trabajadores en bienes, servicios y en ayudas monetarias. Es gerenciado por las cajas de compensación familiar.

- Beneficios Económicos Periódicos – BEPS. Es un programa de ahorro voluntario para la vejez, que beneficia a los colombianos que hoy no cuentan con la posibilidad de pagar para una pensión, o que después de hacerlo, cumplieron la edad y no lograron obtenerla. Los BEPS radican en un ahorro durante la etapa laboral que será disfrutado en la vejez como una forma de ingreso. Este capital es voluntario, flexible en su monto y regularidad, lo cual permite una mayor cobertura. (27)

La importancia del esquema está en su integralidad, compuesta por la atención y protección en temas de salud, riesgos profesionales, pensiones y cesantías, protección al adulto mayor, a los niños menos favorecidos, educación y otros.

Adicionalmente tiene un papel fundamental en la protección financiera que ofrece al individuo: éste es un aspecto muy importante, ya que garantiza a los ciudadanos el soporte económico en caso de presentar algún suceso adverso que involucre aportes importantes de dinero. Por ende, el Sistema de Seguridad Social de Colombia procura garantizar para cada persona y familia un amparo en caso de que sufra un incidente en términos de salud, pérdida del empleo y otros, evitando realizar gastos de su bolsillo que lo desnivelen monetariamente e impidan cubrir el resto de sus necesidades principales.

El eje principal de todo Sistema de Seguridad Social está dirigido hacia el bienestar de una población. No obstante, ésta es un compromiso compartido, ya que su cumplimiento depende de la responsabilidad de todos.

Se pueden clasificar de la siguiente manera:

- El Estado: ejecuta las actividades de regulación, dirección, vigilancia y control, facilitando la correcta ejecución de las funciones de los operadores.
- Los Operadores: avalan el acceso de los usuarios a los bienes y servicios, según sus necesidades, velando así por la satisfacción de los mismos.

- El individuo: es el principal garante de su cuidado y su protección.

A pesar de los problemas que ha enfrentado el Sistema, se han logrado importantes resultados en procesos de servicio, cobertura y acceso. El avance es notorio en todos los frentes, esto se puede ver demostrado en los siguientes datos:

En salud a partir del año 1993 hasta el año 1997 el aseguramiento se duplicó en toda la población, saltando de 23,7% de asegurados a 57,2%; en el año 2008 el nivel de aseguramiento progresó a más del 70%, y en 2011 al 96%. En este momento la división del total de la población cubierta es la siguiente: 41% por el Régimen Contributivo, 50% por el Régimen Subsidiado y 9% con los regímenes especiales. La cobertura casi universal ha beneficiado a la población de menores recursos y ha conseguido llegar a más zonas rurales en Colombia, concibiendo mayores niveles de equidad que es uno de los compendios básicos de la ley.

Igualmente, Colombia posee un Modelo de Riesgos Profesionales dirigido a la prevención, donde los esfuerzos y los dineros invertidos han incrementado y mejorado el acceso, reduciendo claramente las tasas de accidentalidad y las incapacidades.

Los fondos de pensiones y cesantías poseen un doble efecto, cada vez se obtiene una mayor cobertura y por otra parte, se está forjando un importante ahorro para el país que ayuda a dinamizar la economía.

Tomando en cuenta que el esquema de Seguridad Social es bastante confuso, existen diversos planes de mejora en los cuales se está trabajando actualmente. El principal problema en el país es estructural, ya que, debido a la informalidad de la economía, el contexto general del sistema diseñado se ha desvirtuado un poco, ya que no se están creando los cotizantes suficientes para garantizar la estabilidad futura, sobre todo del régimen de salud y el de pensiones.

Por otra parte, es necesario tener una regulación más transparente, sencilla y clara, la cual soporte la sostenibilidad y viabilidad del Sistema a largo plazo. Asimismo, es esencial mejorar la comunicación entre los actores en pro de la gestión de la información. Con los argumentos anteriores, se puede conseguir una mejor y mayor intervención de los recursos, los actores y los usos que cada uno haga de los mismos.

Asimismo, se debe aclarar en que el éxito de un sistema como este no puede depender del carácter ilimitado de los recursos, se debe tener en cuenta que en cualquier se pueden agotar, y así la Seguridad Social también tiene límites y topes. Un ejemplo claro se presenta cuando en un país las expectativas de vida aumentan entre 10 o 15 años y los beneficios económicos permanecen constantes en el tiempo, esto no es saludable para el futuro fiscal del país. (28)

#### *4.2.2.5 Ley Estatutaria de Salud.*

En el año 2015 se expide la Ley Estatutaria de la Salud, en donde el objetivo es convertir la salud en un derecho fundamental, donde prime el servicio oportuno, eficaz y de calidad; garantizando que el acceso sea para todos los ciudadanos.

La Ley Estatutaria de Salud - 1751 de 2015 busca garantizar la equidad dentro del Sistema de Salud, para ello el Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades, promover el mejoramiento de la salud, prevenir las enfermedades y elevar el nivel de la calidad de vida.

#### **Deberes y Derechos de los Pacientes**

Dentro de la Ley Estatutaria se establece los deberes y derechos de los pacientes para la prestación del servicio, es la primera vez que los pacientes cuentan con este tipo de beneficios que busca garantizar el derecho fundamental a la salud.

#### **Atención Primaria**



La Ley 1751 de 2015 prioriza la atención de los niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, adulto mayor, personas con enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.

### **Prohibición de la negación del servicio**

Con la Ley Estatutaria no se podrá negar al paciente la prestación del servicio, ni se necesitará de autorizaciones para acceder al servicio de Urgencias. Cualquier entidad que niegue el servicio al paciente será sancionada.

### **Prestación de los servicios de Salud – POS**

La Ley Estatutaria de Salud acaba con la lista de servicios de salud que estaban en el POS y a los que anteriormente los pacientes podían acceder. Con la Ley 1751 de 2015 los pacientes pueden acceder a todos los servicios necesarios para su recuperación.

Con excepción de tratamientos que tengan una finalidad cosmética, que no cuente con evidencia científica sobre su efectividad, eficiencia y seguridad clínica; que estén en fase de experimentación y que se tengan que prestar en el exterior.

### **Autonomía Médica**

Gracias a la Ley 1751 de 2015 los profesionales de la salud tendrán autonomía en sus decisiones al momento de tratar a un paciente. Serán sancionados en caso de constreñimiento, sobornos o cualquier abuso en su ejercicio profesional que atente contra la salud del paciente.

Igualmente se garantiza unas condiciones laborales justas y dignas, como de estabilidad y facilidad para incrementar sus conocimientos.

### **Política Farmacéutica**

Se regulará el precio de los medicamentos por parte del Gobierno mediante una Política Farmacéutica Nacional que busca la transparencia en la oferta de medicamentos necesarios para proteger el derecho fundamental de la salud.

### **Servicio en las zonas marginadas**

El Estado deberá garantizar el acceso a la salud en todo el territorio nacional especialmente en las zonas marginadas. La Ley Estatutaria determina que no podrá ser un impedimento para la extensión de la red hospitalaria por rentabilidad económica, sino por rentabilidad social (52).

#### **4.2.3 Incapacidad temporal.**

La Real Academia de la Lengua Española define la incapacidad como “el estado transitorio o permanente de una persona que, por accidente o enfermedad, queda mermada en su capacidad laboral”. Esto significa que se refiere a una situación clínica que imposibilita trabajar y lo que la sociedad ha tratado de hacer a través de las últimas décadas es generar medidas de protección ante este escenario, proporcionando al empleado impedido dos tipos de garantías: la asistencia médica y el pago de un subsidio económico.

La palabra incapacidad, se simboliza etimológicamente como la falta de capacidad, esto se refiere a la dificultad o imposibilidad de realizar algo. Su función en el mundo laboral, se traduce en el obstáculo o impedimento de laborar o ejercer la labor habitual. En Colombia la incapacidad temporal desde el punto de vista legal, está nombrada en el **Código Sustantivo del Trabajo**, con los nombres de licencia e incapacidad.

La incapacidad puede perjudicar al trabajador de forma parcial o total según el compromiso o daño de una o varias funciones orgánicas o físicas, intelectuales o psíquicas. En el área de

riesgos laborales, en el Artículo 2o de la Ley 776 de 2002 precisa la incapacidad temporal como “aquella que, según el cuadro agudo de la enfermedad o lesión que presente el trabajador, le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado”. (29)

El amparo por incapacidad es definido como “el reconocimiento de la prestación de tipo económico y pago de la misma que hacen las entidades promotoras de salud a sus afiliados cotizantes no pensionados, por todo el tiempo en que estén inhabilitados para desempeñar en forma temporal su profesión u oficio habitual”. (29, Art. 3)

Hoy, las incapacidades se clasifican de la siguiente forma:

- Incapacidad de origen común
- Incapacidad de origen profesional

*Incapacidad Temporal de Origen Común.* La incapacidad por enfermedad general o no profesional, está manejada por las respectivas Entidades Promotoras de Salud (EPS) y en la que debe estar afiliado el trabajador. La incapacidad por enfermedad no profesional está reglamentada por el Código sustantivo del trabajo.

Conforme con el Parágrafo 1° del Artículo 40 del Decreto 1406 de 1999, el cual se modificó mediante el Decreto 2943 del 17 de diciembre de 2013, establece que las prestaciones económicas correspondientes a los tres (3) primeros días de incapacidad laboral originada por enfermedad general deben ser asumidos por los empleadores, tanto en el sector oficial como en el privado, y su valor no debe ser diferente a las 2/3 partes del salario, quiere decir, el 66%, esto se explica porque ni el **Artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo**, así como alguna jurisprudencia relacionada, han determinado que los tres (3) primeros días de incapacidad deben pagarse sobre el 100% del salario del trabajador.

En el Sistema General de Riesgos Laborales, las Administradoras de Riesgos Laborales cancelarán las incapacidades temporales desde el día posterior de ocurrido el accidente de trabajo o la enfermedad diagnosticada como laboral.

En caso de que la incapacidad de origen común tenga una duración de más de 180 días, el párrafo 3° del artículo 5° de la **Ley 1562 de 2012**, determinó que: *"El pago de la incapacidad temporal será asumido por las Entidades Promotoras de Salud, en caso de que la calificación de origen en la primera oportunidad sea común; o por la Administradora de Riesgos Laborales en caso de que la calificación del origen en primera oportunidad sea laboral y si existiese controversia continuarán cubriendo dicha incapacidad temporal de esta manera hasta que exista un dictamen en firme por parte de la Junta Regional o Nacional si se apela a esta, cuando el pago corresponda a la Administradora de Riesgos Laborales y esté en controversia, esta pagará el mismo porcentaje estipulado por la normatividad vigente para el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, una vez el dictamen esté en firme podrán entre ellas realizarse los respectivos reembolso y la ARP reconocerá al trabajador la diferencia en caso de que el dictamen en firme indique que correspondía a origen laboral"*. (30)

Parágrafo 4°. "El subsidio económico por concepto favorable de rehabilitación a cargo de la Administradora del Fondo de Pensiones se reconocerá en los términos del **Artículo 142 del Decreto-ley 19 de 2012** o la norma que lo modifique o sustituya". (30)

En este momento, en el segmento pertinente del **Artículo 142 del Decreto 019 de 2012** sucintamente ordena: *"Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador.*

*Las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento*

*cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando la Entidad promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después del ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto".*

*Si la incapacidad a partir del día 90 hasta completar los 180 corresponde al 50% del salario, el subsidio devengado por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario, en caso de concepto favorable de rehabilitación, equivaldrá igualmente al 50% del salario".*  
(31)

**Incapacidad temporal de origen laboral.** La incapacidad derivada como resultado de un accidente de trabajo o enfermedad laboral, está bajo la responsabilidad de las Administradoras de Riesgos Profesionales. La incapacidad laboral está reglamentada por la ley **776 del 2002**.

*"El pago es equivalente al 100% del ingreso base de cotización del mes precedente pagado desde el día siguiente al que ocurrió el accidente de trabajo o se diagnosticó la enfermedad laboral. El cubrimiento irá hasta el momento de rehabilitación, readaptación o curación del trabajador, o de la declaración de incapacidad permanente parcial, invalidez total o su muerte.*

*La incapacidad temporal generada por un accidente de trabajo o una enfermedad profesional no se paga en forma indefinida en el Sistema General de Riesgos Profesionales, puesto que se establece un término de 180 días, prorrogable por un término igual, cuando sea necesario para la recuperación o rehabilitación del afiliado; adicionalmente, superado el término anterior la ARL cuando exista concepto favorable de rehabilitación podrá postergar el trámite de calificación hasta por 360 días calendario adicionales, es decir, que en total la incapacidad temporal podrá extenderse hasta 720 días, siempre que concurran las circunstancias descritas anteriormente; no obstante lo anterior, y según lo dispuesto el*

*Artículo 3° de la Ley 776 de 2002, hasta tanto no se establezca el grado de incapacidad o invalidez la ARL deberán continuar cancelando el subsidio por incapacidad temporal”. (32)*

Para efectos de la investigación se hará referencia a las incapacidades temporales de origen común y profesional.

**Certificado de incapacidad.** El certificado médico de incapacidad temporal, es el documento oficial mediante el cual el médico tratante, empleado de la Entidad Promotora de Salud, confirma la existencia de una condición patológica, que impide transitoriamente al empleado para el ejercicio de los oficios que realiza conforme con su puesto de trabajo.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia define al certificado de incapacidad como: *"el documento que expide el médico u odontólogo de la EPS tratante del afiliado, en el cual debe hacerse constar como mínimo la inhabilidad, el riesgo que la origina y el tiempo de duración de la incapacidad temporal del afiliado. La expedición del certificado constituye un acto de carácter profesional libre y responsable, que compromete ante la EPS y ante las autoridades competentes, tanto al médico u odontólogo que lo expide, así como a cualquier persona que intervenga en su emisión. Es por esto que todo profesional médico u odontólogo debe evaluar personalmente el estado clínico del afiliado antes de expedir el certificado de incapacidad. Por lo anterior, la expedición del certificado médico de incapacidad es un acto médico y es independiente del trámite administrativo del reconocimiento de la prestación económica por incapacidad por parte de la EPS el cual está sujeto a las condiciones y requisitos establecidos en la normatividad vigente; por lo tanto y frente a su consulta en criterio de esta Oficina, la justificación de su ausencia laboral ante su empleador debe efectuarse a través del certificado de incapacidad médica que expida su médico tratante".* (33)

En el Decreto 0019 de enero de 2012 se explica los detalles de las diligencias para radicar las incapacidades: "El trámite para el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad Social en

Salud, deberá ser adelantado, de manera directa, por el empleador ante las entidades promotoras de salud, EPS. En consecuencia, en ningún caso puede ser trasladado al afiliado el trámite para la obtención de dicho reconocimiento". (34)

La incapacidad es un acto médico independiente, hace parte de la conducta terapéutica, que radica en manifestar el número de días en que la persona no puede cumplir con su actividad habitual (laboral, escolar o social).

#### *4.2.3.1 Criterios para conceder una incapacidad*

La evaluación médica debe ser ejecutada por un profesional de la medicina debidamente registrado, el certificado médico debe pertenecer al estado clínico del paciente, cada vez que se realice debe originarse en un ejercicio médico en el cual se realicen los siguientes pasos: instaurar una anamnesis (motivo de consulta, enfermedad actual, revisión de síntomas por sistemas y antecedentes), un examen físico (signos vitales, inspección general, revisión de la región o sistema relacionado en la anamnesis), emisión de un diagnóstico y definición de una conducta o tratamiento. Todo ello debe quedar consignado en la historia clínica del paciente. Por tal motivo no puede expedir el registro de certificación de incapacidad sin consulta médica y su registro. En algunos casos por tratarse de consultas de control, tanto por circunstancias de origen médico como quirúrgico, alcanzará con el registro del estado del paciente y la aclaración de cuántos días se considera que debe continuar incapacitado el paciente.

Dicha incapacidad debe seguir por estos lineamientos:

- Número de días en que por su estado de salud el paciente no puede realizar su actividad laboral, escolar o habitual en conocimiento a la limitación para realizarla de manera adecuada.
- Número de días en que la ocupación habitual constituye riesgo para la mejoría del paciente.

- Número de días en que la enfermedad del paciente constituye riesgo para los compañeros de estudio o trabajo. Por citar ejemplos los casos de varicela, cuando a pesar que a la semana de finalizar la fiebre el paciente puede estar en condiciones de trabajar, la incapacidad se prolonga una semana más hasta cerciorarse de que se reduce la posibilidad de contagio con los individuos que rodean al paciente.
- Número de días que por razones del tratamiento ambulatorio (por ejemplo, efectos secundarios o frecuencia diaria de terapia) no pueda cumplir sus labores usuales. Por ejemplo, uso de medicamentos que producen sedación o disminución del estado de alerta en un conductor.

En relación a la forma de realización, se pueden encontrar modelos institucionales de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) o entidades promotoras de salud (EPS), pero por normatividad se insta a realizarlo de acuerdo a lo contenido en la Ley 23 de 1981 y sus decretos reglamentarios:

- “El texto del certificado médico será claro, preciso, ceñido estrictamente a la verdad y deberá indicar los fines para los cuales está destinado
- El certificado médico en lo relativo al estado de salud, tratamiento o acto médico deberá contener, por lo menos, los siguientes datos: 1) lugar y fecha de expedición, 2) persona o entidad a la cual se dirige el certificado, 3) objeto o fines del certificado, 4) nombre e identificación del paciente, 5) concepto, 6) nombre del médico, 7) número de tarjeta profesional y 8) firma del médico”. (35)

Es primordial, cuando se tiene más de un médico tratante, que se analicen en el grupo o se coordinen las pautas para el manejo de las incapacidades, en lo que respecta al manejo de circunstancias en las que el médico y el paciente difieren opinión acerca de la necesidad de incapacidad. Inclusive su prolongación genera más problemas cuando existe una incapacidad o concepto anterior de otro médico que dista del concepto del tratante actual. (36)



#### *4.2.3.2 Consecuencias de las incapacidades*

En lo que respecta a las consecuencias financieras (origen y pagos), las incapacidades por riesgos profesionales (enfermedad profesional y accidente de trabajo) las asume la administradora de riesgos profesionales (ARP) desde el día del accidente o primer día de expedición de la incapacidad por enfermedad y por una cuantía del 100% del salario percibido. Cuando se trata de enfermedad común, la EPS solo paga a partir del cuarto día por un valor del 66,67% del salario diario para los primeros noventa días, y luego el 50% cuando el salario es mayor al mínimo. En ningún caso se pagará menos del mínimo. El pago de los tres primeros días está a cargo del empleador. Como el trámite de la incapacidad está a cargo del empleador, mientras se hace efectivo este pago, es obligación del empleador mantener el pago al empleado sobre los mismos valores que reconocerá la EPS.

Cuando se generen incapacidades continuas por 180 días o más, entra a pagar el fondo de pensiones, previo trámite de calificación del origen de la incapacidad. Vale la pena aclarar que estos 180 días pueden prorrogarse por 180 días más, caso en el cual se debe continuar otorgando el subsidio de incapacidad equivalente al que venía disfrutando el trabajador.

#### *4.2.3.3 Hiperfrecuentadores de atención médica.*

La hiperfrecuentación es un fenómeno preocupante para los sistemas sanitarios occidentales, por la gran carga de trabajo que genera y sus altos costos materiales y humanos.

Se define como una persona hiperfrecuentadora la que acude más de un determinado número de veces al año a consulta médica e igualmente la que lo hace sin una causa suficientemente relevante o es considerada “difícil” o “problemática”.

En algunos estudios se considera como hiperfrecuentador a aquel individuo que consulta un número de veces superior a 7 visitas al año. En otros trabajos los definen partir de 9 visitas, en algunos en 12 y hasta en 15 consultas anuales. Para el presente trabajo se toma como

referencia más de seis (6) visitas anuales a los servicios de salud, número de consultas por encima del percentil 75, al consultar al menos el doble de veces que la media.

#### 4.2.4 Carga de trabajo.

La carga de trabajo es el conjunto de requerimientos a los que se ve sometida la persona a lo largo de su jornada laboral. Estos requerimientos pueden ser de tipo físico y/o mental (37).

A través de la historia, el trabajo involucraba la realización de trabajos con altas exigencias físicas, pero en la actualidad a raíz de la mecanización y automatización de los sistemas de trabajo, las exigencias físicas han disminuido siendo cada vez más frecuentes los puestos de trabajo con mayores exigencias psicológicas.

**Carga Física.** Las exigencias físicas del puesto de trabajo suponen una serie de esfuerzos por parte del trabajador que requiere un consumo de energía tanto mayor cuanto mayor sea el esfuerzo solicitado, a este consumo de energía se le denomina "metabolismo de trabajo".

La capacidad física para realizar un trabajo puede variar en función de factores como: el entrenamiento, el sexo, la edad, la constitución física, la carga mental, la alimentación, trabajos a turnos y/o nocturnos o las situaciones ambientales desfavorables.

Cuando hay una carga de trabajo excesiva se produce la fatiga. La fatiga es la disminución física del individuo después de haber realizado un trabajo durante un tiempo determinado. Cuando aparece la fatiga, el trabajador baja el ritmo de actividad, nota cansancio, los movimientos se hacen más torpes e inseguros, se acompaña de sensación de malestar e insatisfacción, y una disminución del rendimiento en cantidad y calidad.

**Carga Mental.** La carga mental se puede definir como el nivel de control deliberado y consciente de las informaciones, necesario para que se produzca un comportamiento.

Los riesgos para la salud que pueden derivarse de la carga mental si se mantiene en el tiempo son: irritabilidad, preocupaciones injustificadas, falta de energía, insomnio, alteraciones somáticas, disminución del rendimiento de trabajo.

### 4.3 Marco Aspectos Legales

El termino incapacidad, se representa etimológicamente a la falta de capacidad, es decir a la dificultad o imposibilidad de hacer algo. Su aplicación al mundo laboral, se traduce en la dificultad o imposibilidad de trabajar o desempeñar el trabajo habitual. En Colombia la incapacidad temporal desde el punto de vista legal, está contemplada en el **Código Sustantivo del Trabajo**, bajo las figuras de licencia e incapacidad.

El **Artículo 228** del Código Sustantivo del Trabajo expresa que *"Para los casos en los cuales el trabajador no devengue salario fijo, para pagar el auxilio por enfermedad, se tiene como base el promedio de lo devengado en el año de servicios anterior a la fecha en la cual empezó la incapacidad o en todo el tiempo de servicios si no alcanzare a un (1) año"*, mientras que el **Artículo 227** manifiesta que *"En caso de incapacidad comprobada para desempeñar sus labores, ocasionada por enfermedad no profesional, el trabajador tiene derecho al auxilio monetario, hasta por 180 días así: las dos terceras (2/3) partes del salario durante los primeros 90 días y la mitad del salario por el tiempo restante. En el caso de salario variable, aplicable a trabajadores que no devenguen salario fijo, se tendrá como base el promedio de los 12 meses anteriores a la fecha de inicio de la incapacidad, o todo el tiempo si este fuere menor"*. En el Artículo 219 se encuentra que *"El empleador puede asegurar, íntegramente a su cargo, en una compañía de seguros, los riesgos por accidentes de trabajo y enfermedad profesional de sus trabajadores; pero en todo caso, el empleador es quien debe al trabajador o a sus beneficiarios las prestaciones que en este Capítulo se establecen"*. (24)

El Sistema General de seguridad Social en Colombia está reglamentado por la **Ley 100 de 1993** que en su **Artículo 1** expresa que *"El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por*

*objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro". Mientras que el **Artículo 6** explica los objetivos de la afiliación al sistema como: "El Sistema de Seguridad Social Integral ordenará las instituciones y los recursos necesarios para alcanzar los siguientes objetivos:*

*1. Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema". (26)*

El **Artículo 157:** Tipos de participantes en el sistema general de seguridad social en salud. *"A partir de la sanción de la presente Ley, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.*

*1. Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente Ley". (26)*

El **Artículo 161** habla acerca de los Deberes de los Empleadores. Como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los empleadores, cualquiera que sea la entidad o institución en nombre de la cual vinculen a los trabajadores, deberán:

*1. Inscribir en alguna entidad promotora de salud a todas las personas que tengan alguna vinculación laboral, sea ésta, verbal o escrita, temporal o permanente. La afiliación colectiva en ningún caso podrá coartar la libertad de elección del trabajador sobre la entidad promotora de salud a la cual prefiera afiliarse, de conformidad con el reglamento.*

*2. En consonancia con el artículo 22 de esta ley, contribuir al financiamiento del sistema general de seguridad social en salud, mediante acciones como las siguientes:*

- a) Pagar cumplidamente los aportes que le corresponden,*
- b) Descontar de los ingresos laborales las cotizaciones que corresponden a los trabajadores a su servicio.*
- c) Girar oportunamente los aportes y las cotizaciones a la entidad promotora de salud, de acuerdo a la reglamentación que expida el gobierno.*

*3. Informar las novedades laborales de sus trabajadores a la entidad a la cual están afiliados, en materias tales como el nivel de ingresos y sus cambios, las vinculaciones y retiros de trabajadores. Así mismo, informar a los trabajadores sobre las garantías y las obligaciones que les asisten en el sistema general de seguridad social en salud.*

*4. Garantizar un medio ambiente laboral sano, que permita prevenir los riesgos de trabajo y enfermedad profesional, mediante la adopción de los sistemas de seguridad industrial y la observancia de las normas de salud ocupacional y seguridad social.*

*Parágrafo. Los empleadores que no observen lo dispuesto en el presente artículo estarán sujetos a las mismas sanciones previstas en los artículos 22 y 23 del Libro Primero de esta Ley. Además, los perjuicios por la negligencia en la información laboral, incluyendo la subdeclaración de ingresos, corren a cargo del patrono.*

*La atención de los accidentes de trabajo, riesgos y eventualidades por enfermedad general, maternidad y ATEP serán cubiertos en su totalidad por el patrono en caso de no haberse efectuado la inscripción del trabajador o no gire oportunamente las cotizaciones en la entidad de seguridad social correspondiente. (26)*

**Artículo 206:** Incapacidades. *"Para los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157, el régimen contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las*

*Empresas Promotoras de Salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en enfermedad profesional y accidente de trabajo serán reconocidas por las Entidades Promotoras de Salud y se financiarán con cargo a los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto". (26)*

**Artículo 208:** De la atención de los accidentes de trabajo y la enfermedad profesional. "La prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo deberá ser organizada por la Entidad Promotora de Salud. Estos servicios se financiarán con cargo a la cotización del régimen de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, que se define en el Libro Tercero de la presente Ley".

**El parágrafo 3° del artículo 5° de la Ley 1562 de 2012,** determinó: "*El pago de la incapacidad temporal será asumido por las Entidades Promotoras de Salud, en caso de que la calificación de origen en la primera oportunidad sea común; o por la Administradora de Riesgos Laborales en caso de que la calificación del origen en primera oportunidad sea laboral y si existiese controversia continuarán cubriendo dicha incapacidad temporal de esta manera hasta que exista un dictamen en firme por parte de la Junta Regional o Nacional si se apela a esta, cuando el pago corresponda a la Administradora de Riesgos Laborales y esté en controversia, esta pagará el mismo porcentaje estipulado por la normatividad vigente para el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, una vez el dictamen esté en firme podrán entre ellas realizarse los respectivos reembolso y la ARP reconocerá al trabajador la diferencia en caso de que el dictamen en firme indique que correspondía a origen laboral". (30)*

En la normatividad colombiana el Ministerio de Salud y Protección Social publicó el **Decreto 780 de 2016**, norma que integra en una sola, todos los Decretos Reglamentarios existentes en el sector de la salud. (38)

Este decreto tiene como objetivo racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único.

El decreto reglamenta temas importantes como la administración y flujo de recursos, el giro directo, el pago de las deudas y el saneamiento contable de los aseguradores y prestadores de salud. También condensa en un solo lugar todas las normas del SOGCS, Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud, en sus componentes como son el Sistema Único de Habilitación y Acreditación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud y el Sistema de Información para la Calidad.

También ahonda sobre los aportes patronales, los planes de atención complementarios en el Contributivo, los convenios entre EPS y Cajas de Compensación Familiar en la administración de los recursos del Régimen Subsidiado y su obligación en la contratación con Empresas Sociales del Estado.

Así mismo, aborda temas como la afiliación de los usuarios al sistema, su movilidad e implementación de Sistema de Información Transaccional que permite el acceso en tiempo real a los datos de información básica y complementaria de los afiliados.

Respecto al tema de incapacidades y de licencias el decreto expresa lo siguiente: *“Para el reconocimiento y pago de la prestación económicas de la incapacidad por enfermedad general, conforme a las disposiciones laborales vigentes, se requerirá que los afiliados cotizantes hubieren efectuado aportes por un mínimo de cuatro (04) semanas No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando éstas se originen en tratamientos con fines estéticos o se encuentran excluidos del plan de beneficios y sus complicaciones”*. (Artículo 2.1.13.4). (38)

Dicho decreto también explica la responsabilidad del pago de las prestaciones económicas derivadas de la incapacidad médica del trabajador según su duración, ya sea por el empleador o por la Empresa Prestadora de Salud: *“En el Sistema General de Seguridad Social en Salud serán de cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes*

a los dos (02) primeros días de incapacidad laboral originada por enfermedad general y de las Entidades Promotoras de Salud a partir del tercer (3) día y de conformidad con la normatividad vigente” (Parágrafo 1, Artículo 3.2.1). (38)

Frente al tema de la Licencia de Maternidad, el decreto explica que: *“Para acceder a las prestaciones económicas derivadas de la licencia de maternidad la trabajadora deberá en calidad de afiliada cotizante, haber cotizado ininterrumpidamente al sistema durante todo su período de gestación en curso, sin perjuicio de los demás requisitos previstos para el reconocimiento de prestaciones económicas, conforme a las reglas de control a la evasión. Cuando por inicio de la vinculación laboral en el caso de las trabajadoras dependientes y en el caso de las trabajadoras independientes se hubiere cotizado por un período inferior al de la gestación se reconocerá y pagará proporcionalmente como valor de la licencia de maternidad un monto equivalente al número de días cotizados frente al período real de gestación”* (Artículo 2.1.13.1). (38)

Este decreto también ilustra acerca de la cotización durante la incapacidad laboral o la licencia de maternidad: *“Durante los periodos de incapacidad por riesgo común o de licencia de maternidad, habrá lugar al pago de los aportes a los Sistemas de Salud y de Pensiones. Para efectos de liquidar los aportes correspondientes al período por el cual se reconozca al afiliado una incapacidad por riesgo común o una licencia de maternidad, se tomará como Ingreso Base de Cotización el valor de la incapacidad o licencia de maternidad según sea el caso. En ningún caso el Ingreso Base de Cotización que se establece para los eventos que contempla el presente artículo podrá ser inferior a las bases mínimas de cotización que la Ley establece para los diferentes riesgos que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral”* (Artículo 3.2.1.10). (38)

#### **4.4 Marco Contextual**

### **PROCESO DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA EN ESTUDIO:**



La empresa en estudio posee un departamento de Salud y Seguridad en el Trabajo, coordinado por el Área de gestión Humana, en donde se encuentra un Comité paritario de Salud Ocupacional responsable de la promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de Salud ocupacional dentro de la empresa.

El Comité Paritario de Salud Ocupacional, se reúne por lo menos una vez al mes en el local de la empresa y durante el horario de trabajo. Siendo las reuniones ordinarias; los integrantes principales y suplentes del comité deben asistir de forma obligatoria a todos los planes de capacitación previstos en el año.

El representante del comité debe participar de forma activa en la investigación de los accidentes laborales, que se citan a través de gestión humana de carácter obligatorio.

A nivel de incapacidades se tiene un manual de procedimientos, en donde el colaborador debe informar a su jefe la ocurrencia del evento, inmediatamente desde el inicio del mismo. Esta comunicación puede ser de forma personal o telefónicamente, o si la situación lo amerita, a través de un tercero o allegado al colaborador.

Es responsabilidad del colaborador que tenga una incapacidad médica o licencia de maternidad o paternidad entregar a su Jefe inmediato, el certificado médico y los soportes necesarios. El plazo para presentar esta documentación es máximo 2 días hábiles después del inicio del evento.

Es responsabilidad del Jefe inmediato validar la información presentada y remitirla al colaborador de Gestión Humana encargado de este proceso en cada regional, el certificado médico que indica la incapacidad o licencia del colaborador con sus soportes, en un plazo no mayor a 2 días después de recibida la documentación.

A continuación, se enumeran los soportes que debe presentar el trabajador al momento de ser incapacitado:

<b>TIPO DE INCAPACIDAD</b>	<b>SOPORTES ANEXOS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Incapacidad por Enfermedad General</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Certificado de incapacidad original expedido por el médico tratante.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia historia o Nota clínica que corresponda con la fecha de la atención médica que da origen al certificado de incapacidad.</li> <li>• Copia documento identidad del incapacitado</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Incapacidad por Accidente de Trabajo (AT)</b></li> <li>• <b>Incapacidad por Enfermedad Profesional (EP)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado original de solicitud de Incapacidad expedido por el Médico u Odontólogo tratante donde se marque el origen de la patología.</li> <li>• Copia legible del reporte de accidente de trabajo o dictamen de calificación emitido por la ARL.</li> <li>• Copia de historia clínica que corresponda con la fecha de la atención médica que dio</li> </ul>

En la empresa todo aquel trabajador que presente seis (6) incapacidades en el periodo enero a diciembre se le denomina ***Hiperfrecuentador***, Estos casos se deben reportar a Gestión Humana al Analista encargado del proceso de SST. Los colaboradores que presentan incapacidades prolongadas o diagnósticos complicados deben ser reportados de igual manera al Departamento de Gestión Humana.

#### **4.5 Guía De Valoración De Incapacidad Laboral Temporal Para Médicos De Atención Primaria**

En el año 2016, el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III elaboran la Guía de incapacidad Temporal para Médicos de Atención Primaria, con la intención de conseguirse un uso racional de la prestación de incapacidad temporal mediante la adecuada valoración de las patologías y sistemas afectados, además del adecuado proceso de reincorporación del empleado a su trabajo, en la actualidad la guía se divide en 17 Capítulos y se clasifica por sistemas; su utilidad radica en sugiere los días de incapacidad y el número de días de manejo de la patología en cuestión (53).

Capítulo	Nombre
----------	--------

1	Enfermedades Infecciosas
2	Enfermedades Oncológicas
3	Patologías Endocrinas
4	Enfermedades de la Sangre y Órganos Hematopoyéticos
5	Trastornos Mentales
6	Patologías del Sistema Nervioso Central y Periférico
7	Patologías del Sistema Ocular
8	Patología Otorrinolaringológica
9	Patologías del Corazón y de Grandes Vasos
10	Patología del aparato Circulatorio II (Vascular)
11	Enfermedades del Aparato respiratorio
12	Patologías del Tubo digestivo
13	Enfermedades del Riñón y vías Urinarias
14	Embarazo y Lactancia Natural
15	Enfermedades de la Piel y faneras
16	Patologías Osteomioarticular
17	Lesiones y Traumatismos

#### 4.6 Ciclo Vital Individual

Para Chavez Samperio y Lozano Dávila, el ser humano termina su desarrollo a los 18 años de edad y a partir de esa edad se puede clasificar las etapas de la vida adulta de la siguiente forma:

Etapa	Edad	Características
-------	------	-----------------

Adulto Joven	18-39 Años	Capacidad plena para la ejecución de las actividades físicas, laborales y mentales.
Adulto Maduro	40-59 Años	Aparición de las primeras manifestaciones del envejecimiento biológico. Se conservan las potencialidades mentales y físicas, aun cuando estas últimas pueden estar parcialmente disminuidas.
Adulto Mayor	60 Años o Más	El proceso de envejecimiento es evidente, o más afectando los diversos aparatos y sistemas con diferente intensidad y en momentos diferentes.

Samperio, J., Dávila, M. E. L., Esqueda, A. L., & Monroy, O. V. (2004). La actividad física y el deporte en el adulto mayor. *Bases fisiológicas* (54).

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 Tipo investigación**

Se realizó un estudio transversal, con el objetivo de conocer el comportamiento de la incapacidad temporal durante el primer semestre del año 2016. El estudio se llevó a cabo basado en el análisis de una base de datos secundaria suministrada por la empresa.

### **5.2 Población de estudio**

La población está conformada por los 1.542 trabajadores de la empresa de prestadora de servicios de salud región suroccidente.

### **5.3 Muestra**

Total de la población trabajadora que labora en la Empresa Prestadora de Servicios de Salud Regional Suroccidente. El universo es de 1.542 trabajadores.

### **5.4 Criterios de selección**

Los criterios considerados para incluir a los participantes del estudio fueron:

- Casos de trabajadores que presenten incapacidad médica temporal de origen común o profesional (accidente de trabajo y enfermedad laboral).

Los criterios para excluir a los participantes en el estudio fueron:

- Ausentismo laboral por causa injustificada, enfermedad no comprobada, permisos laborales, licencias de maternidad y de paternidad.

## 5.5 Instrumentos recolección datos

### 5.5.1 Formatos de recolección de información sociodemográfico y ocupacional

Se diseñó una hoja electrónica en Excel para recopilar la información sociodemográfica y ocupacional la cual abarca: código de identificación en la empresa, sexo, cargo, vinculación a seguridad social, estamento.

### 5.5.2 Formato de información sobre ausentismo.

Se elaboró una hoja electrónica en Excel para consignar la siguiente información: Código de la enfermedad (según la clasificación internacional de enfermedades CIE- 10), fecha de inicio y de terminación de la incapacidad, tipo de contingencia, salario, días de incapacidad, servicio de salud.

## 5.6 Listado de variables

Tabla 1. Listado de variables

VARIABLE O INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN	DESCRIPCIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE
Características sociodemográficos y ocupacionales				
Género	Nominal	Cualitativa. Determina de qué sexo es el trabajador, teniendo dos posibles resultados, masculino o femenino.	Femenino Masculino	Base de datos

Tabla 1. (Continuación).

VARIABLE O INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN	DESCRIPCIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE
Características sociodemográficos y ocupacionales				
Área de trabajo o centro de costo	Nominal	Cualitativa. Determina el área o departamento donde labora	Lugar de trabajo o área a la que pertenece el trabajador	Base de datos
Empresa de trabajo	Nominal	Cualitativa. Determina la empresa donde labora	Empresa a la que pertenece el trabajador	Base de datos
EPS DEL TRABAJADOR	Nominal	Cualitativa. Determina la EPS donde se encuentra afiliado el empleado	EPS a la que pertenece el trabajador	Base de datos
<b>Ausentismo laboral por incapacidad médica</b>				
Días de incapacidad médica	Razón	Cuantitativa. Número de días perdidos por enfermedad general o accidente de trabajo.	Número de días de incapacidad médica	Base de datos
Diagnóstico médico de la ausencia	Nominal	Determina los códigos utilizados para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales según las incapacidades.	Condiciones médicas según CIE-10	Base de datos

Tabla 1. (Continuación).

VARIABLE O INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN	DESCRIPCIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE
Ausentismo laboral por incapacidad médica				
Horas trabajadas	hombre	Razón	Cuantitativa. Número de horas hombre laboradas en un año	No. de trabajadores x Horas día trabajadas x Días semana trabajadas x No. Semanas
Cantidad de trabajadores	de	Razón	Cuantitativa. Número total de trabajadores que laboran en la empresa	Número de Trabajadores que laboran
Cantidad ausentistas	de	Razón	Cuantitativa. Número total de trabajadores que se ausentaron por incapacidad médica	Número de trabajadores que se ausentaron por causa médica
Tasa ausentismo	de	Razón	Cuantitativa. Relación entre el número de horas perdidas y el número de horas posibles de trabajo para un período de referencia determinado, multiplicado por cien.	$\frac{\text{Total de horas o días perdidos}}{100} \times \frac{\text{Total de horas o días hombres programados}}{\text{Total de horas o días hombres programados}}$
Índice Frecuencia	de	Razón	Cuantitativa. Relación entre el número de episodios de ausentismo y el número de trabajadores de bajo riesgo	$\frac{\text{N° incapacidades por periodo}}{\text{Total}}$



Tabla 1. (Continuación).

VARIABLE O INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN	DESCRIPCIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE
Ausentismo laboral por incapacidad médica				
Índice de severidad	Razón	Cuantitativa. Mide la duración media de cada ausencia. Es la relación de números de días perdidos sobre el total de horas-hombres trabajados.	$\frac{\text{Total días perdidos}}{\text{Total horas hombre trabajadas}} \times 200.000$	Base de datos
Índice de Incapacidad - Promedio de días por trabajador	Razón	Cuantitativa. Es la relación entre el número de días de trabajo perdidos por enfermedad en un año respecto al número de personas/año, multiplicado por cien.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de incapacidad}}{\text{N}^\circ \text{ de trabajadores}} \times 100$	Base de datos
Índice de prevalencia	Razón	Cuantitativo. Porcentaje de ausencias al fin de mes o al fin de año. Número de casos existentes de una enfermedad o condición en una población determinada por el número de trabajadores total, multiplicado por cien.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de casos de enfermedad}}{\text{N}^\circ \text{ de personas en riesgo}} \times 100$	Base de datos
Índice de incidencia	Razón	Cuantitativo. Índice mensual de ausencias, haciendo referencia a las nuevas ausencias que se presentan.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ casos durante el año}}{\text{N}^\circ \text{ de personas en riesgo durante el año}} \times 100$	Base de datos

## 5.7 Procedimiento

### 5.7.1 Fase 1. Socialización de la investigación.

Se realizó reunión con las directivas del regional suroccidente de la empresa prestadora de servicios para el planteamiento de un plan de trabajo en el tiempo, además de mostrar los beneficios para la institución con la realización del estudio. Posteriormente se entregó la base de datos para el estudio y análisis.

### 5.7.2 Fase 2: Selección de muestra.

La muestra se obtuvo de la base de datos secundaria suministrada por la empresa, de donde se sacaron los datos de incapacidades del primer semestre del año 2016.

### 5.7.3 Fase 3: Consentimiento informado.

No aplica, no hay reclutamiento de participantes debido a que se trabajó a partir de una base de datos secundaria. Además, se cuenta con la autorización de la empresa donde se realizó el estudio.

### 5.7.4 Fase 4: Aplicación de instrumentos.

Con los datos de incapacidad por parte de la empresa, se realizó con el programa Excel formatos que se denominaron “*Formatos de recolección de información sociodemográfico y ocupacional*” y “*Formato de información sobre ausentismo*”.

Al finalizar la realización de estos con la información sociodemográfico y el de información sobre ausentismo, los datos obtenidos se compararon con la "**Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria**": que es un documento realizado en cooperación entre la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT) del Instituto de

Salud Carlos III y el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), dirigida fundamentalmente a los médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria, en ejercicio, en el Servicio Público de Salud en España, el cual entrega ciertas pautas para emitir incapacidades para el posterior pago de las prestaciones. Su objetivo es destacar los aspectos de las enfermedades que inciden en la situación funcional de los trabajadores y servir de ayuda en la tarea del médico de atención primaria de realizar una valoración del menoscabo laboral cuando va a extender los partes de baja, confirmación y alta de la prestación de incapacidad temporal.

Esta Guía que se estructura en capítulos correspondientes con los principales grupos de enfermedades, ha sido elaborada por inspectores médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social y revisada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

#### 5.7.5 Fase 5: Procesamiento de datos.

Con la base de datos que se recibió del grupo empresarial Coomeva posterior al aval ético de la Universidad del Valle, se realizaron tabulaciones para identificar datos no plausibles, omitidos o inconsistentes. Una vez finalizado este proceso, la base de datos quedó lista para su procesamiento y análisis. Luego, la base de datos fue exportada a Stata versión 12.0 utilizando el programa Stat Transfer.

Para el cumplimiento de los objetivos de este trabajo de investigación inicialmente se realizó un análisis univariado resumiendo la información demográfica, ocupacional, y aquella relacionada con las áreas y dependencias críticas de la institución, a partir de representaciones gráficas y tablas con indicadores descriptivos. Se estimaron los promedios, medianas y desviaciones estándar para el caso de variables cuantitativas y proporciones para el caso de las variables cualitativas. Posterior a esto se realizó un análisis bivariado para evidenciar cuales fueron los diagnósticos que generaron mayor morbilidad dentro de la institución y que estaban siendo causantes de ausentismo laboral en el periodo analizado. Finalmente se

construyeron indicadores como son el Índice de Frecuencia, Tasa de ausentismo, Índice de severidad, Índice de prevalencia, entre otros, que permitieron establecer el impacto del ausentismo laboral en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2016 y el 30 de junio de 2016.

## **6. CONSIDERACIÓN ASPECTOS ÉTICOS**

- Según la Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, el siguiente trabajo de investigación se considera un estudio con riesgo mínimo, por tratarse de un estudio descriptivo , donde se emplearán técnicas y métodos de investigación documental retrospectivo, en el cual no realizará ninguna intervención intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en este estudio, donde sólo se utilizarán los registros de incapacidades reportadas en una base de datos suministrada por el grupo empresarial, el cual brindó la autorización necesaria para su utilización. Sin embargo, este estudio muestra un riesgo de confidencialidad de los participantes, el cual se controlará protegiendo los nombres, apellidos y el número de identificación de los participantes, utilizando códigos alfanuméricos según sea el caso. Este estudio contará con el aval del comité de ética de la Universidad del Valle.
- Según el código Internacional para profesionales de Salud Ocupacional se trata de una prueba no invasiva, que no entraña peligros para la salud de los trabajadores involucrados.
- El tratamiento de la información durante la investigación garantiza la confidencialidad de todos los datos de carácter personal del trabajador. Los datos personales sufrirán un proceso de depuración y organización. Todo esto hace que no sea posible la identificación de los trabajadores incluidos en la base de datos. Los resultados arrojados no describen características personales, estos están dados en datos estadísticos. Solamente el equipo de investigación tiene acceso a las bases de datos de la investigación.
- El proyecto cuenta con el Aval del Comité de Ética del grupo Empresarial y además del departamento de Recursos Humanos de la misma institución.

## 7. RESULTADOS

### 7.1 Caracterización sociodemográfica

El estudio realizado en la empresa del sector salud regional Suroccidente, contó con 1.542 empleados de los cuales 75,7% fueron de sexo femenino y 24,3% del sexo Masculino (Tabla 1).

Tabla 2. Distribución empleados por género

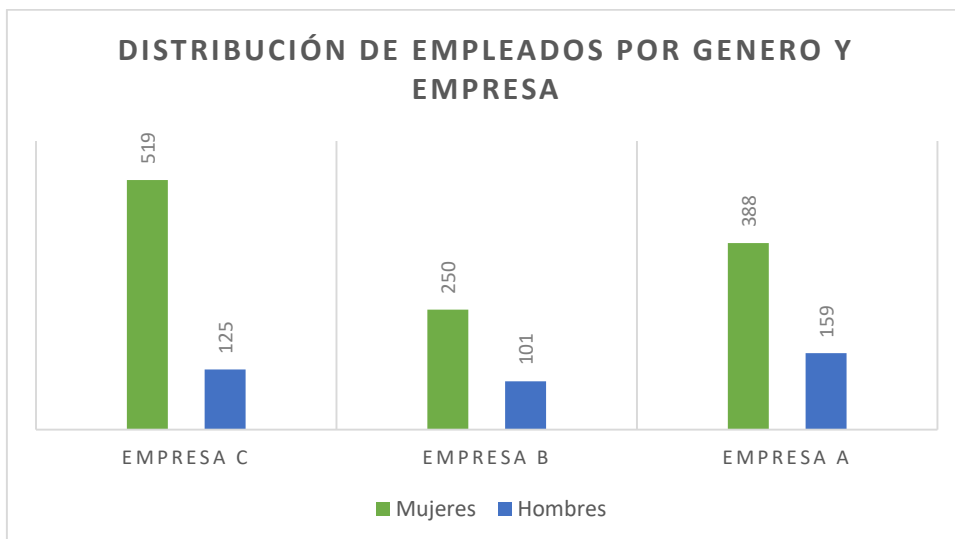
Distribución de empleados por Género		
Variable	N	%
Femenino	1157	75,0
Masculino	385	25,0
Total	1542	100,0

A nivel de empresa, se observa que, del total de empleados, la Empresa C tiene el 42% de los empleados de la empresa con 644 empleados, seguido de la Empresa A posee el 35% con 547 los empleados y finalizando con la Empresa B que posee 385 empleados, equivalente al 23%. Respecto a la distribución por género se encuentra que el género femenino es el que más prevalencia presenta con 75% de la población y el género masculino con 25%. (Tabla 3, Gráfico 1).

Tabla 3. Distribución de empleados por género y empresa

EMPRESA	FEMENINO	MASCULINO	PORCENTAJE	TOTAL
Empresa C	519	125	42%	644
Empresa B	250	101	23%	351
Empresa A	388	159	35%	547
TOTAL	1157	385	100%	1542

Gráfico 1. Distribución de empleados por género y empresa

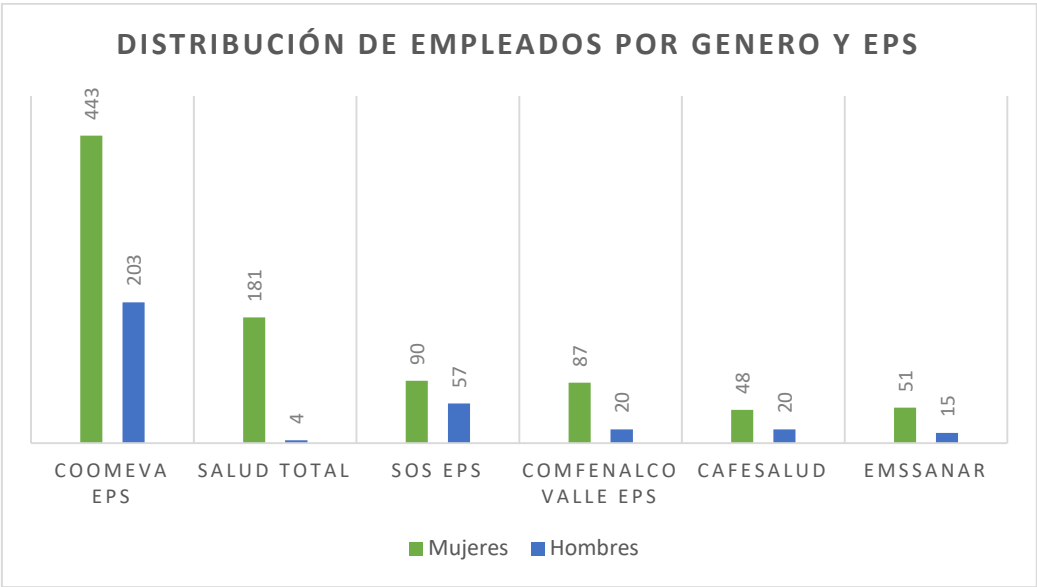


En el presente estudio se puede apreciar que la distribución por EPS de los empleados es liderada por Empresa A con el 41,9%, seguido de Salud Total EPS con 12%, SOS EPS presenta 9,5% de afiliados, Comfenalco Valle EPS con 6,9%, siendo las EPS que presentan más afiliados en la empresa. (Tabla 4, Gráfico 2).

Tabla 4. Distribución de empleados por género y EPS

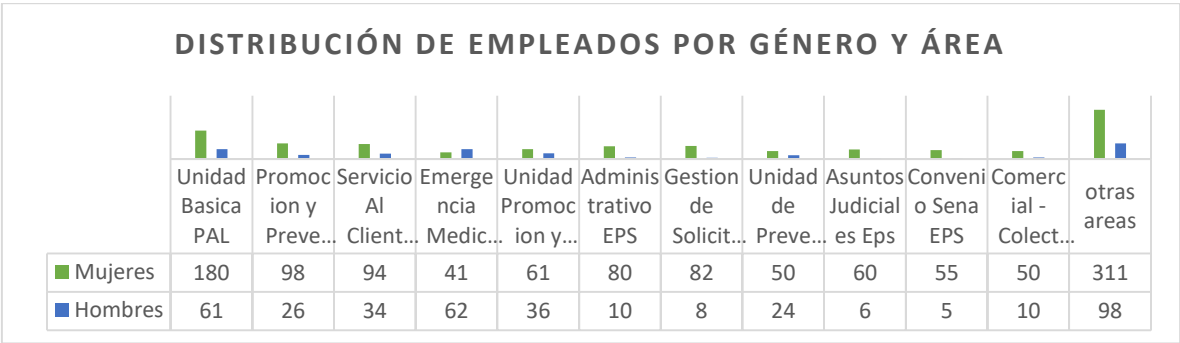
NOMBRE EPS	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	PORCENTAJE
Cooameva EPS	443	203	646	41,9
SOS EPS	90	57	147	9,5
Comfenalco Valle EPS	87	20	107	6,9
EPS Sura	37	20	57	3,7
Sanitas	54	4	58	3,8
Nueva EPS	44	10	54	3,5
Saludcoop	34	19	53	3,4
Cafesalud	48	20	68	4,4
Salud Total	181	4	185	12,0
Cruz Blanca	37	9	46	3,0
Emssanar	51	15	66	4,3
Fosyga	51	4	55	3,6
Total	1.157	385	1.542	100

Gráfico 2. Distribución de empleados por género y EPS



En la distribución por áreas de trabajo, se puede observar que la Unidad Básica Palmira, que corresponde a la Empresa C que posee 241 empleados, correspondiente al 15,6% de los empleados de la empresa, seguidos de servicio al Cliente de Empresa A con 128 empleados y 8,30%, el área de Promoción y Prevención de Empresa A tiene el 8,04% de los empleados con 124, Emergencia Médica de Empresa B presenta 103 empleados y 6,67%. (Gráfico 3).

Gráfico 3. Distribución de empleados por género y área



En cuanto a la edad se encontró que un poco más de la mitad de los empleados se concentra en la etapa de adulto maduro y se calculó una media de edad de 34,4 años (rango 18-65 años) (Tabla 5).



Tabla 5. Distribución de empleados por rango de edad

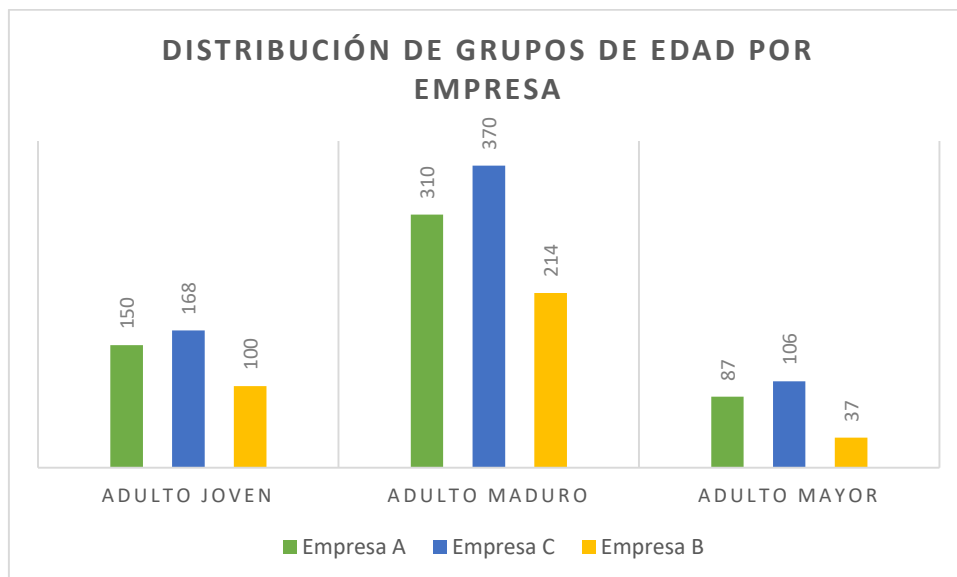
Rangos de edad de los empleados		
Variable	N	%
Adulto joven	418	27,1
Adulto Maduro	894	58,0
Adulto Mayor	230	14,9
Total	1542	100

La distribución de los grupos de Edad por empresa muestra que la Empresa C es la empresa que más empleados tiene en todos los rangos de edad, los adultos mayores son el grupo de edad menos prevalente en todas las empresas. (Tabla 6, Gráfico 4).

Tabla 6. Distribución de empleados por rango de edad por empresa

Empresa	Adulto joven	Adulto Maduro	Adulto Mayor	Total
Empresa A	150	310	87	547
Empresa C	168	370	106	644
Empresa B	100	214	37	351
Total	418	894	230	1542

Gráfico 4. Distribución de empleados por empresa y grupo de edad



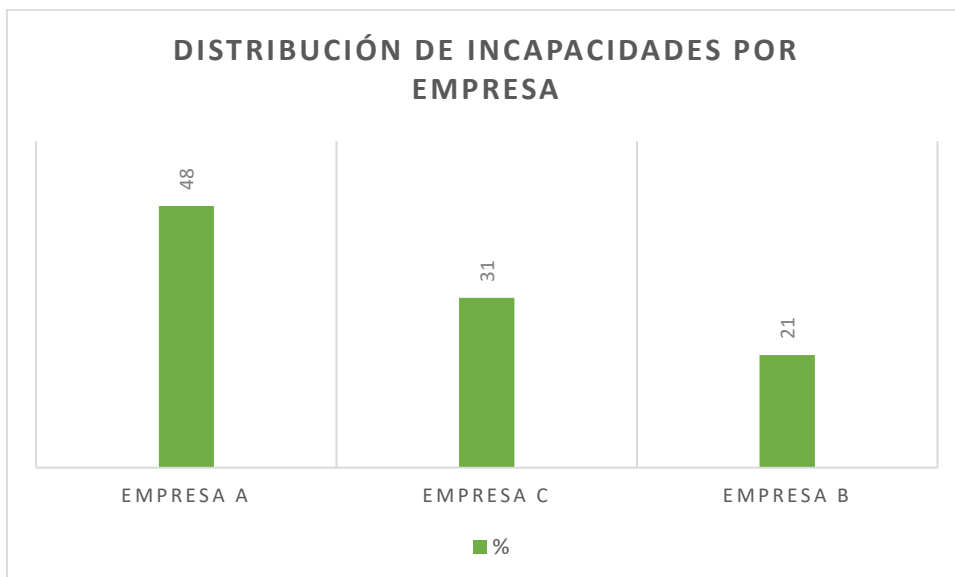
## 7.2 Incapacidades en el periodo estudiado

De los 1.542 empleados (100%), 675 reportaron incapacidad (43,8%), las cuales a partir de prórrogas y repetidos eventos de salud sumaron en el periodo estudiado 1621 incapacidades, que corresponde a una razón de 2,4 incapacidades por cada paciente incapacitado. A nivel empresarial la Empresa A, registró 780 incapacidades que corresponde al 48,1% de las incapacidades, seguido de la Empresa C con 505 incapacidades (31,2% de incapacidades) y la Empresa B 20,7% del total de las incapacidades. (Tabla 7, Gráfico 5).

Tabla 7. Distribución de incapacidades por empresa

Empresa	Frecuencia	%
Empresa A	780	48,1%
Empresa C	505	31,2%
Empresa B	336	20,7%
Total general	1621	100%

Gráfico 5. Distribución de Incapacidades por Empresa

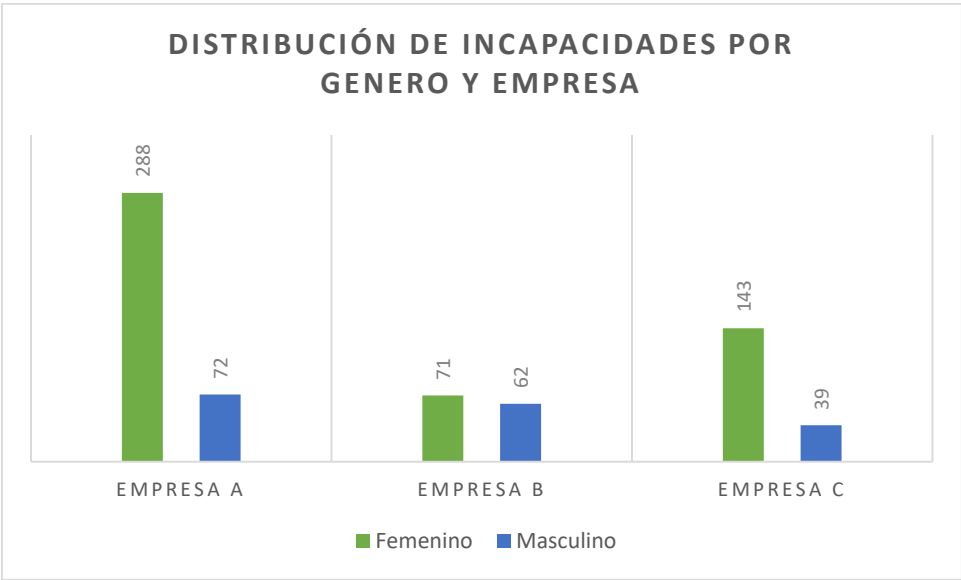


De los 675 empleados incapacitados de la empresa, 502 son de género femenino (74,4%) y 173 son de género masculino (25,6%). Por tal motivo, se puede afirmar que por cada incapacidad de un hombre hay aproximadamente tres incapacidades por mujer. En cuanto a la edad se encontró que los adultos maduros (comprendidos entre los 30 y los 59 años) fueron los que más presentaron incapacidades en la empresa (74,8%). (Tabla 8, Gráfico 6).

Tabla 8. Distribución de incapacidades por género y empresa

EMPRESA	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
Empresa A	288	72	360
Empresa B	71	62	133
Empresa C	143	39	182
TOTAL	502	173	675

Gráfico 6. Distribución de incapacidades por género y empresa

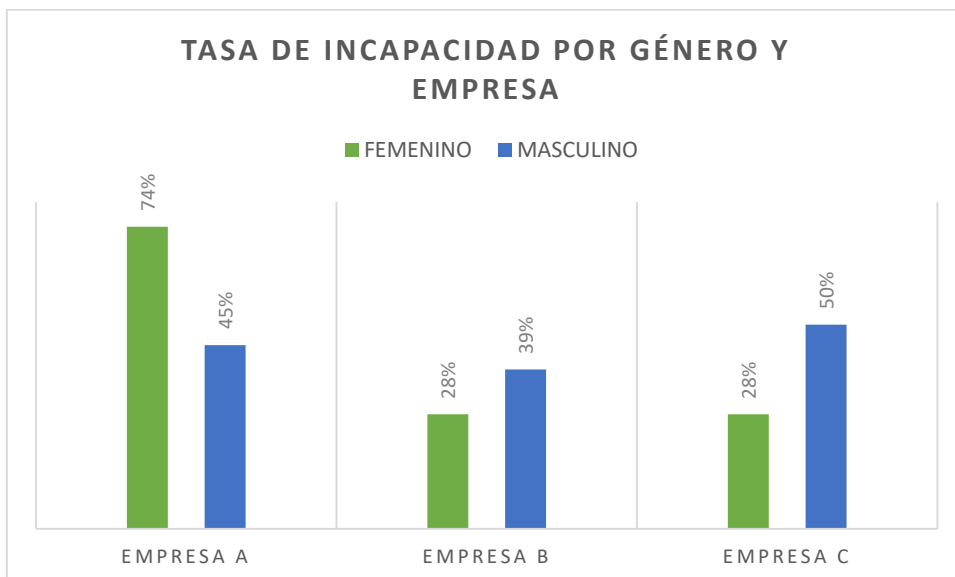


Del total de personas trabajadoras en la empresa, se puede observar que en la Empresa A de las 388 mujeres que trabajan el 74% se incapacitó en el periodo estudiado, mientras que en el género masculino de los 159 hombres que trabajan el 45% se incapacitó. En lo que corresponde a la Empresa C, del total de mujeres trabajadoras en la empresa (519) el 28% se incapacitó; mientras que en el género masculino el 50% de los empleados se incapacitó de un total de 125 personas. En la Empresa B, de los 101 hombres trabajadores de la empresa se incapacitó el 39%, siendo superior en proporción al género femenino, donde del total de mujeres trabajadoras (250) se registró un 28% de incapacidades respecto al género. (Tabla 9, Gráfico 7).

Tabla 9. Tasa de Incapacidad por Empresa y Género

TASA POR EMPRESA	FEMENINO	MASCULINO
Empresa A	74%	45%
Empresa C	28%	50%
Empresa B	28%	39%

Gráfico 7. Tasa de Incapacidad por Empresa y Género

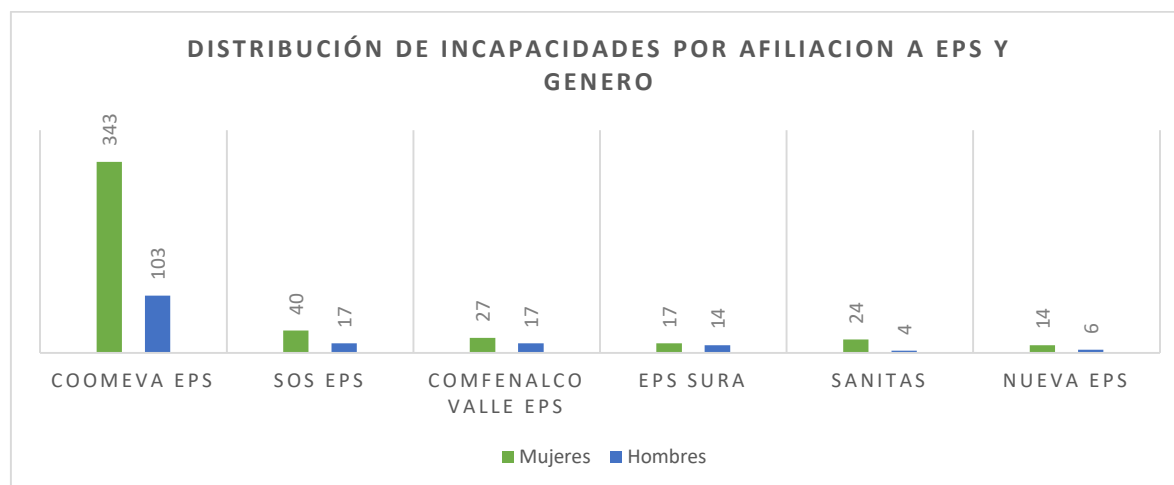


Del total de personas incapacitadas, 66% corresponden a los empleados Afiliados a Coomeva E.P.S, seguido de los afiliados de SOS con 8%, Comfenalco EPS 6,5%, EPS Sura y EPS Sanitas con 4,6% y 4,1% respectivamente (Tabla 10, Gráfico 8).

Tabla 10. Distribución de Incapacidades por afiliación a EPS y género

EPS	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
Coomeva EPS	343	103	446
SOS EPS	40	17	57
Comfenalco Valle EPS	27	17	44
EPS sura	17	14	31
Sanitas	24	4	28
Nueva EPS	14	6	20
Saludcoop	14	3	17
Cafesalud	8	8	16
Salud total	11	0	11
Cruz Blanca	2	1	3
Emssanar	1	0	1
Fosyga	1	0	1
TOTAL	502	173	675

Gráfico 8. Distribución de Incapacidades por afiliación a EPS y género

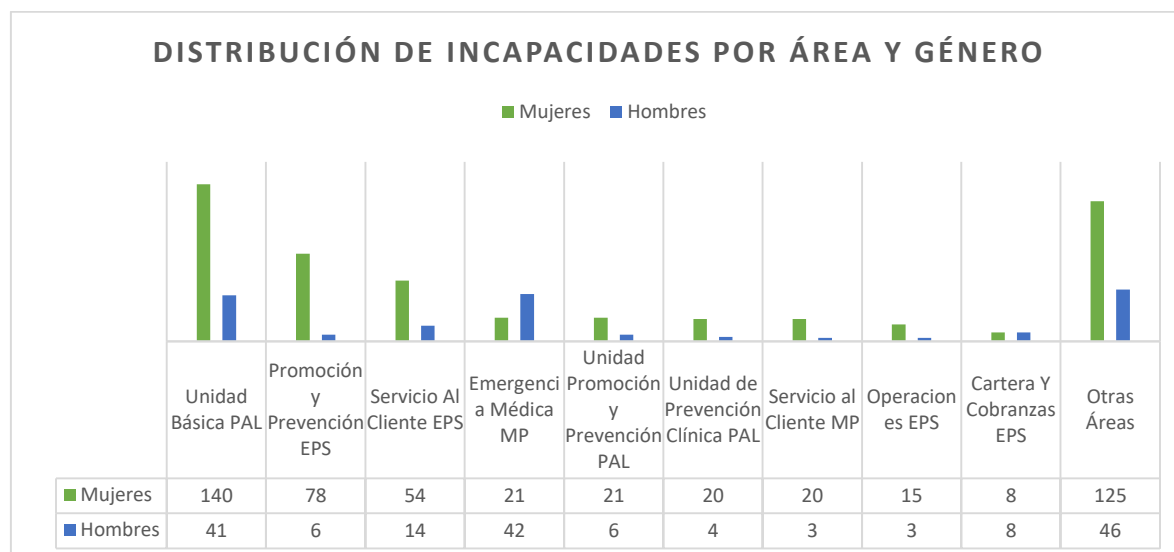


Estas empresas cuentan con múltiples áreas de trabajo, en donde se evidencia que las áreas que más incapacidades reportaron durante el periodo estudiado fueron la unidad básica Palmira con 181 incapacidades de la Empresa C; seguido de promoción y prevención con 84 incapacidades y servicio al cliente de la Empresa A con 68 incapacidades. De la empresa la Empresa B se reportaron 63 incapacidades correspondientes al área de emergencias médicas. A su vez las restantes 25 áreas aportaron incapacidades en un menor número comparado con las anteriores (Tabla 11, Gráfico 9).

Tabla 11. Distribución de incapacidades por afiliación a EPS

ÁREA	FEMENINO	MASCULINO	PORCENTAJE	TOTAL
Unidad Básica PAL	140	41	26,81%	181
Promoción y Prevención EPS	78	6	12,44%	84
Servicio Al Cliente EPS	54	14	10,07%	68
Emergencia Médica MP	21	42	9,33%	63
Unidad Promoción y Prevención PAL	21	6	4%	27
Unidad de Prevención Clínica PAL	20	4	3,56%	24
Servicio al Cliente MP	20	3	3,41%	23
Operaciones EPS	15	3	2,67%	18
Cartera Y Cobranzas EPS	8	8	2,37%	16
Otras Áreas	125	46	25,33%	171
TOTAL	502	173	100%	675

Gráfico 9. Distribución de incapacidades por área y género

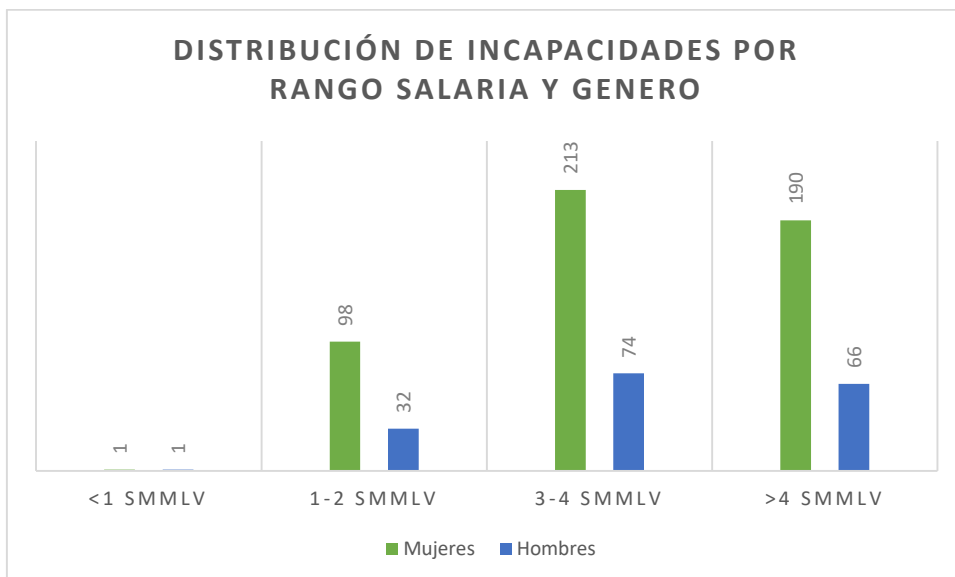


Cuarenta y tres por ciento de las personas incapacitadas en el periodo estudiado, corresponde al grupo de personas que devengan entre 3 y 4 salarios mínimos, seguidos de las personas que devengan más de 4 salarios mínimos con 38% (Tabla 12, Gráfico 10).

Tabla 12. Distribución de incapacidades por rango salarial y género

RANGO SALARIAL	FEMENINO	MASCULINO	PORCENTAJE	TOTAL
<1 SMMLV	1	1	0,3%	2
1-2 SMMLV	98	32	19,3%	130
3-4 SMMLV	213	74	42,5%	287
>4 SMMLV	190	66	37,9%	256
TOTAL	502	173	100%	675

Gráfico 10. Distribución de incapacidades por género y rango salarial



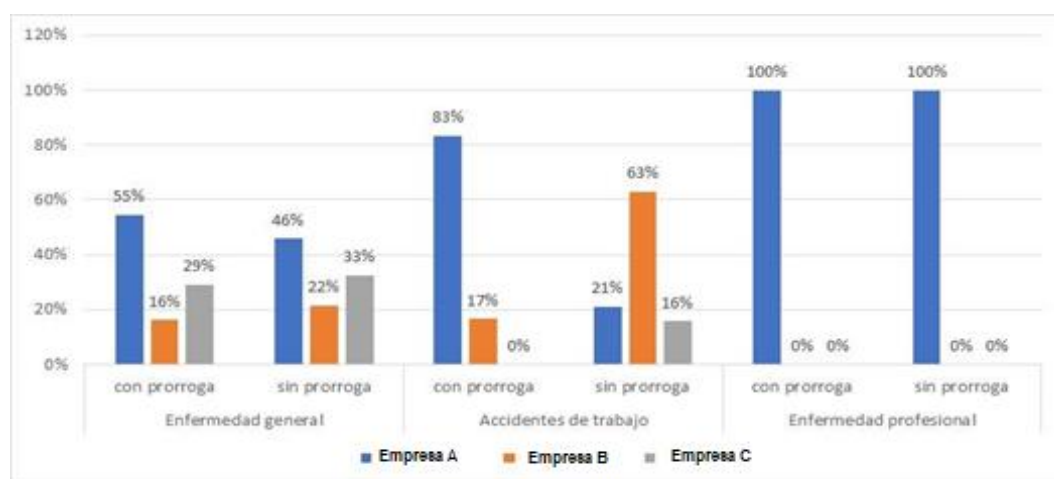
De las 1. 621 incapacidades registradas en la empresa del sector salud regional Suroccidente, 1575 corresponden a Enfermedad General, 31 incapacidades se le atribuyen a los accidentes de trabajo y 15 hacen parte de las enfermedades profesionales, respecto a las prórrogas se observa que el 55% de los registros de prórroga por enfermedad general corresponden a Empresa A, seguidos de Empresa C con el 29% y un 16% corresponde a la Empresa B; respecto a los Accidentes de Trabajo Coomeva aporta el 83% de los casos, mientras que la Empresa B presenta el 17% de las prórrogas. Lo que corresponde a Enfermedades Profesionales Coomeva aporta el 100% de las incapacidades. (Tabla 13, Gráfico 11).

Tabla 13. Distribución de incapacidades por empresa y contingencia

Empresa	Enfermedad. General	Accidentes de Trabajo	Enfermedades profesionales	Total general
Empresa A	751	14	15	780
Empresa B	322	14	0	336
Empresa C	502	3	0	505
Total general	1575	31	15	1621



Gráfico 11. Distribución de incapacidades por empresa y prórroga según tipo de Contingencia

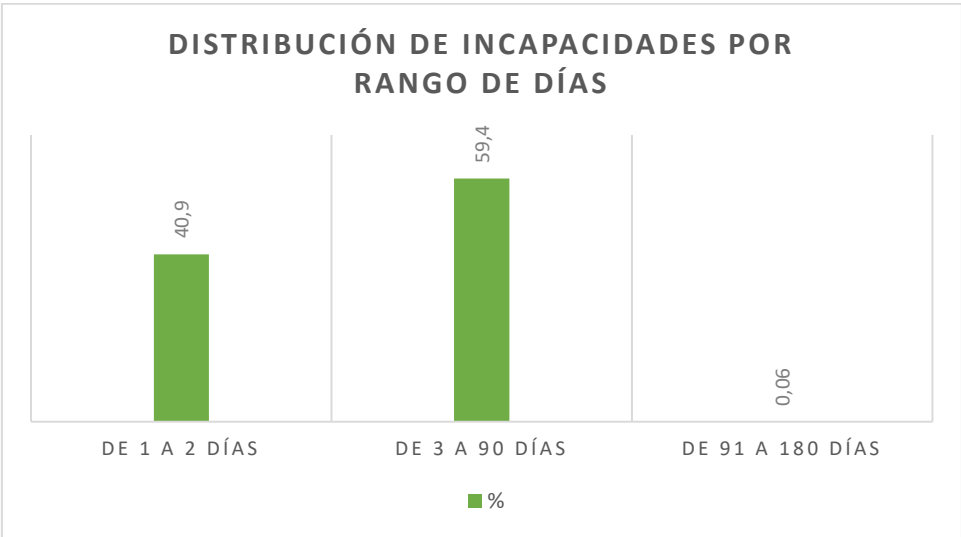


Respecto al rango de días perdidos por incapacidad se encontró que, de 1.621 incapacidades, 663 están comprendidas entre 1 y 2 días, mientras que 957 incapacidades están entre los 3 y los 90 días; solamente en el periodo estudiado se reportó una incapacidad entre los 91 y 180 días (Tabla 14, Gráfico 12).

Tabla 14. Distribución de incapacidades por rango de días

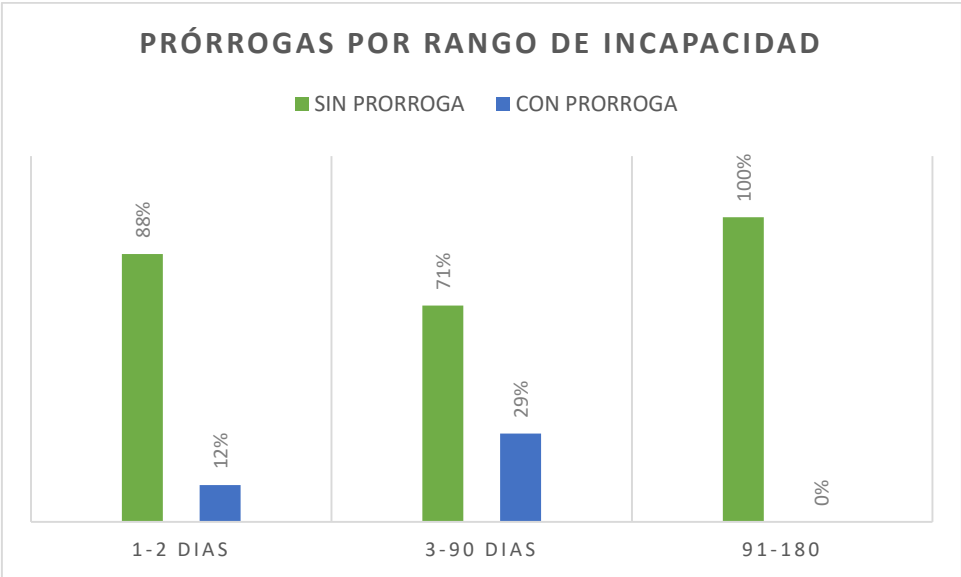
Rango de días por Incapacidad	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 2 Días	663	40,90
De 3 a 90 Días	957	59,4
De 91 a 180 Días	1	0,06
Total	1621	100,0

Gráfico 12. Distribución de incapacidades por rango de días



En el gráfico 13 se observa que el 12% de los registros de incapacidad entre los 1 y 2 días corresponden a prórrogas, mientras que entre los 3 y 90 días el 29% de los registros son prórrogas, mientras que después de los 90 días no hay registros que correspondan a prórrogas.

Gráfico 13. Distribución de incapacidades por rango de días

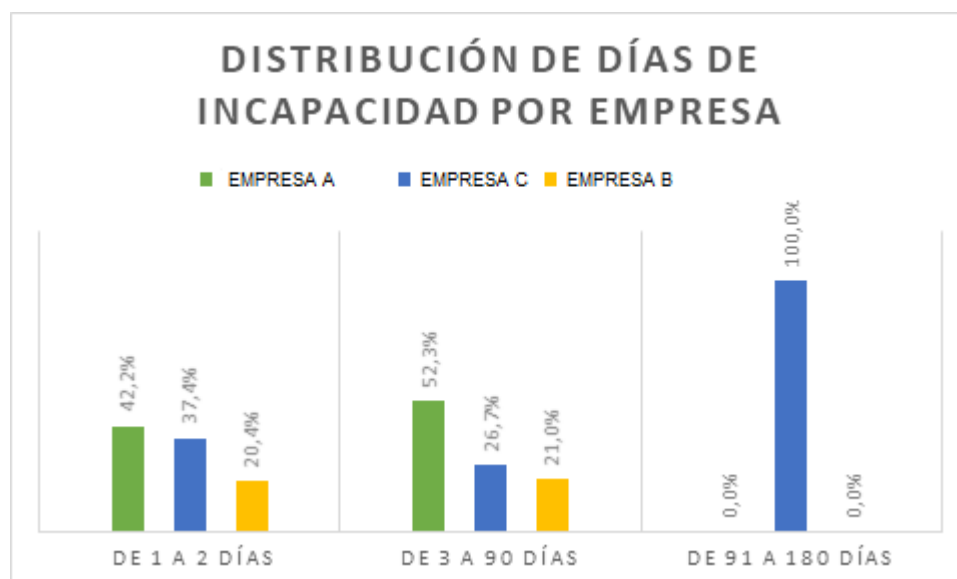


En la Tabla 15 se observa que la Empresa A aportó 42,2% de las incapacidades comprendidas entre 1 y 2 días; De la misma manera se evidenció que 52,25% de las incapacidades estuvieron entre los 3 a 90 días. La Empresa B reportó que 20,36% de las incapacidades estuvieron comprendidas 1 y 2 días y 21% de las mismas entre los 3 y 90 días. Finalmente, la Empresa C reportó que 37,41% de las incapacidades que se encuentran entre los primeros 2 días, 26,75 % entre los 3 y 90 días, además de tener 100% de las incapacidades mayores a 90 días (Tabla 15, Gráfico 14).

Tabla 15. Distribución de incapacidades por rango de días según empresa

Empresa	De 1 a 2 Días	De 3 a 90 Días	De 91 a 180 Días	Total
<b>Empresa A</b>	280	500	0	780
	42,20%	52,25%	0%	48,12%
<b>Empresa C</b>	248	256	1	506
	37,41%	26,75	100%	31,15%
<b>Empresa B</b>	135	201	0	336
	20,36%	21%	0%	20,73%
<b>Total</b>	<b>663</b>	<b>957</b>	<b>1</b>	<b>1621</b>
	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Gráfico 14. Distribución de incapacidades por rango de días por empresa

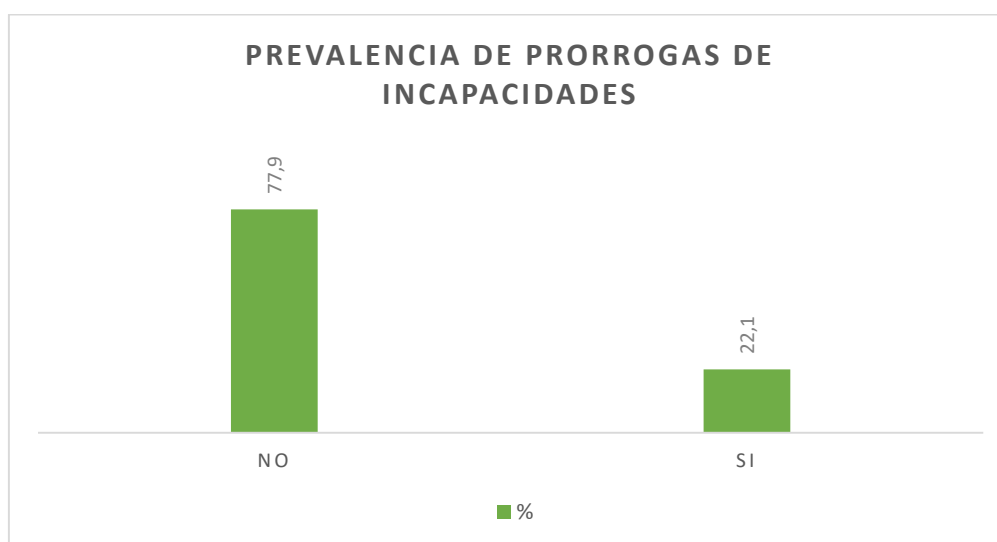


En cuanto a las prórrogas de incapacidad se encontró que de las 1.621 incapacidades reportadas 358 pertenecen a prórrogas, es decir la extensión de una incapacidad y 1.313 se expidieron de forma única (Tabla 16, Gráfico 15).

Tabla 16. Prevalencia de prórrogas de incapacidades

Prórroga de incapacidades	Frecuencia	%
No	1263	77,91
Si	358	22,09
Total	1621	100,00

Gráfico 15. Prevalencia de prórrogas de incapacidades

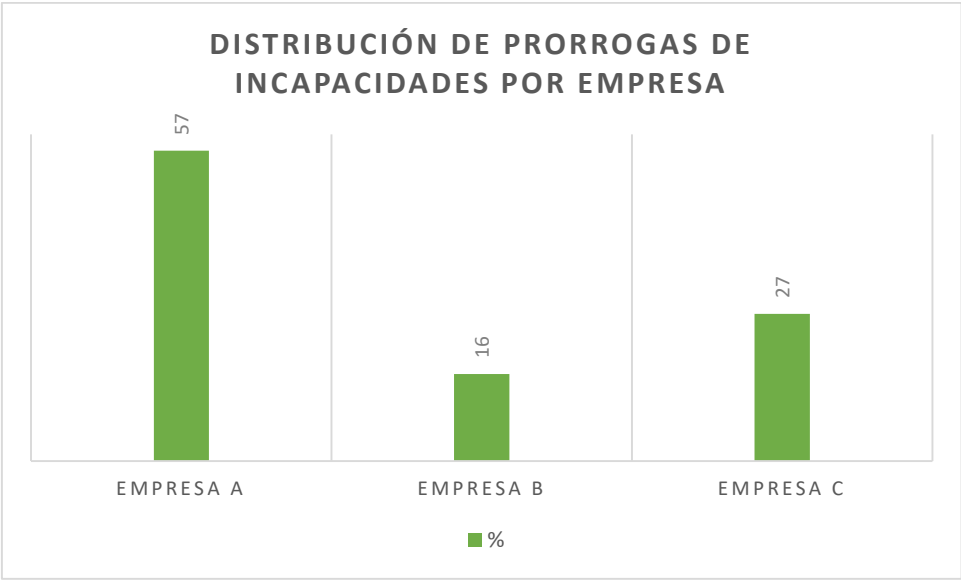


En la Tabla 17 se reporta que a nivel de empresas las prórrogas se comportaron de la siguiente forma: la Empresa A registró 205 incapacidades, correspondiente a 57,2%, seguido de la Empresa C con 97 prórrogas que representan el 27,09% y la Empresa B con 56 incapacidades (15,64%) (Tabla 17, Gráfico 16).

Tabla 17. Prórrogas de incapacidades por empresa

PRÓRROGAS POR EMPRESA			
EMPRESA	PRÓRROGA		TOTAL
	NO	SI	
Empresa A	575	205	780
	45,53%	57,26%	48,12%
Empresa B	280	56	336
	22,17%	15,64%	20,73%
Empresa C	408	97	505
	32,30%	27,09%	31,15%
Total	1263	358	1621
	100%	100%	100%

Gráfico 16. Distribución de prórrogas por empresa

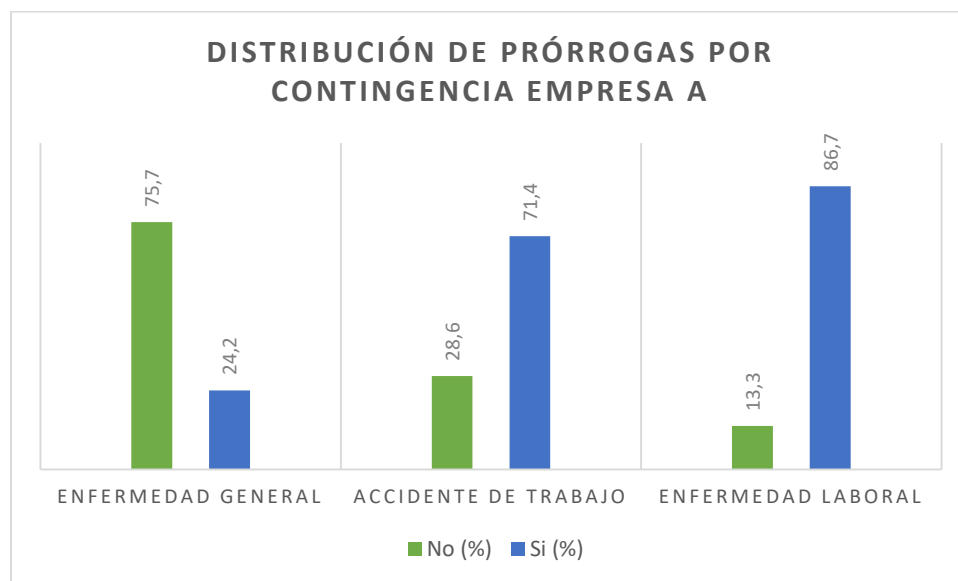


A nivel de empresa, la Empresa A presenta un total de 780 incapacidades, donde el 96% corresponde a enfermedad general y la prórroga corresponde a 24,23%. En el Accidente de trabajo, la prórroga se registró en 71,42% de los casos y en la Enfermedad Laboral 86,67% de los casos son prórrogas (Tabla 18, Gráfico 17).

Tabla 18. Prórrogas de incapacidades por contingencia Empresa A

Tipo de incapacidad	PRÓRROGA		Total
	No	Si	
Enfermedad general	569 (75,77%)	182 (24,23%)	751 (96%)
Accidente de trabajo	4 (28,57%)	10 (71,42%)	14 (2%)
Enfermedad laboral	2 (13,33)	13 (86,67%)	15 (2%)
	575	205	780
Total	(100%)	(100%)	(100%)

Gráfico 17. Distribución de prórrogas por contingencia Empresa A

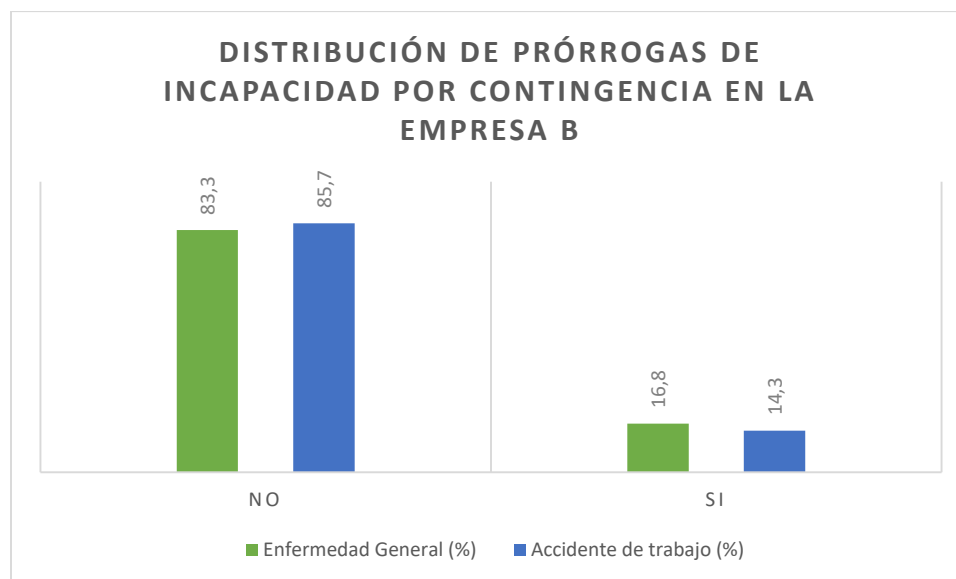


En la Empresa B hay un total de 336 incapacidades, donde el 96% corresponde a enfermedad general y la prórroga corresponde a 16,77%. En el accidente de trabajo, la prórroga se registró en 14,29% de los casos y sin registros de la Enfermedad Laboral (Tabla 19, Gráfico 18).

Tabla 19. Prórrogas de incapacidades por contingencia Empresa B

Tipo de incapacidad	PRÓRROGA		Total
	No	Si	
Enfermedad general	268 (83,23%)	54 (16,77%)	322 (96%)
Accidente de trabajo	12 (85,71%)	2 (14,29%)	14 (2%)
	280	56	336
Total	(100%)	(100%)	(100%)

Gráfico 18. Distribución de prórrogas de incapacidad por contingencia en la Empresa B

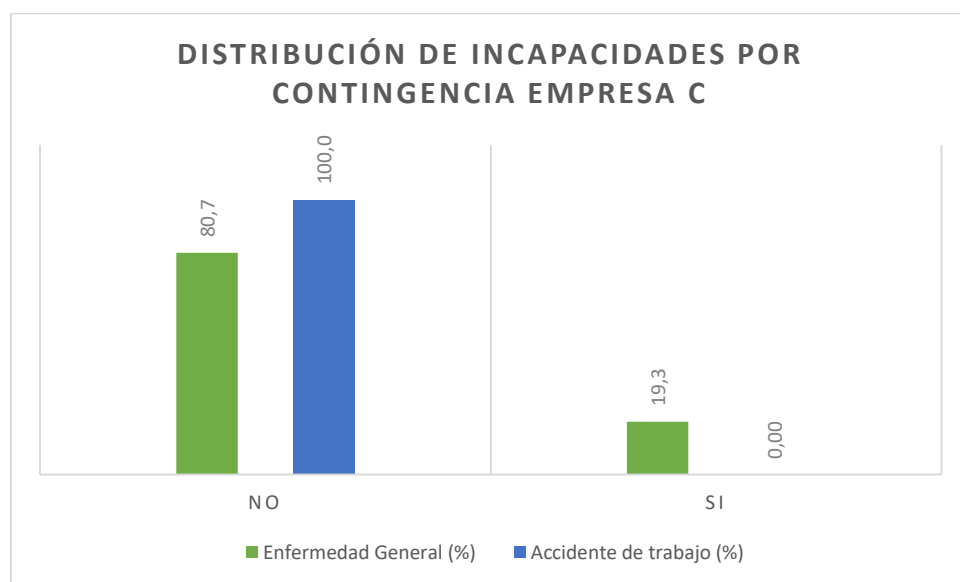


En la Empresa C hay un total de 505 incapacidades, donde el 99% corresponde a enfermedad general y la prórroga corresponde a 19,32%. En el Accidente de trabajo, no hay registro de prórroga y no se tienen registros de la Enfermedad Laboral (Tabla 20, Gráfico 19).

Tabla 20. Prórroga de incapacidades por contingencia Empresa C

Tipo de incapacidad	PRÓRROGA		Total
	No	Si	
Enfermedad general	405 (80,67%)	97 (19,32%)	502 (99,4%)
Accidente de trabajo	3 (100%)	0 (0%)	3 (0,6%)
	408	97	505
Total	(100%)	(100%)	(100%)

Gráfico 19. Distribución de incapacidades por contingencia Empresa C





En la Tabla 21, se evidencia que, de los 1621 registros, el promedio de días es de 5,6 (DS 7,94); con un mínimo de 1 día y un máximo de 98 días de incapacidad.

Tabla 21. Promedio de días por incapacidad

Variable	Solicitudes de incapacidad	Promedio de Días	Mínimo de Días de Incapacidad	Máximo de Días de Incapacidad
Días por evento	1621	5,62739	1	98

A nivel de empresas en la tabla 22 se puede observar que el promedio de días de incapacidad por enfermedad general en la Empresa C fue de 4 días con un mínimo de 1 día de incapacidad y un máximo de 98 días. En la Empresa A hay 751 registros de incapacidad general con un promedio de 6,5 días y Empresa B con 5,388 días de incapacidad por 322 registros.

Tabla 22. Promedio de días de incapacidad por Enfermedad General

Empresa	Registros	Promedio De Días	Mínimo	Máximo
Empresa C	502	4	1	98
Empresa A	751	6,589	1	30
Empresa B	322	5,388	1	30

En la contingencia de Accidente Laboral en la tabla 22, la Empresa A tiene 14 registros con un promedio de 14,62 días con un mínimo de días de incapacidad de 3 y un máximo de 30. La Empresa C presenta 3 registros con 13,33 días de promedio y un mínimo 3 días y un máximo de 30. En la Empresa B se contaron 14 registros con un promedio de 3,78 días con un mínimo de 1 día de incapacidad y un máximo de 10 días de incapacidad (Tabla 23).

Tabla 23. Promedio de días de incapacidad por accidente laboral

Empresa	Registros	Promedio De Días	Mínimo	Máximo
Empresa C	3	13,33	3	30
Empresa A	14	14,62	3	30
Empresa B	14	3,78	1	10

En la contingencia de Enfermedad Laboral, solo los registros están por la Empresa A, con 15 registro y un promedio de 13 días, con un mínimo de 3 días y un máximo de 15 días de incapacidad (Tabla 24).

Tabla 24. Promedio de días de incapacidad por enfermedad laboral

Empresa	Registros	Promedio De Días	Mínimo	Máximo
Empresa A	15	13,4	3	15

En la Tabla 25 se reporta el número de registros de incapacidad por diagnóstico según la clasificación internacional de enfermedades CIE 10. Se observa que el diagnóstico más prevalente se encuentra en el capítulo 1 (enfermedades infecciosas y parasitarias) con un porcentaje de 26,01%, seguido del capítulo 10 (enfermedades respiratorias) y el capítulo 13 enfermedades del sistema osteomuscular con aproximadamente 14% cada uno. A su vez un porcentaje de 7,31 se refiere a traumatismos y envenenamientos de causa externa, las cuales son reportadas en el capítulo 19 de la CIE 10.

Tabla 25. Número de registros de incapacidad por diagnóstico según la CIE-10

CAPÍTULOS SEGÚN CIE 10	NOMBRE DEL CAPÍTULO	NÚMERO DE SOLICITUDES DE INCAPACIDAD	%
1	Enfermedades infecciosas y parasitarias	420	26.01
10	Enfermedades del sistema respiratorio	231	14.30
13	Enfermedades del sistema osteomuscular	221	13.68
19	Traumatismos y envenenamiento de causa externa	118	7.31
18	Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	112	6.93
11	Enfermedades del sistema digestivo	92	5.70
14	Enfermedades del sistema genitourinario	75	4.64
6	Enfermedades del sistema nervioso	67	4.15
21	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	57	3.53

Tabla 25. (Continuación).

CAPÍTULOS SEGÚN CIE 10	NOMBRE DEL CAPÍTULO	NÚMERO DE SOLICITUDES DE INCAPACIDAD	%
5	Trastornos mentales y de comportamiento	44	2.72
15	Embarazo , parto y puerperio	44	2.72
12	Enfermedades de piel	37	2.29
2	Neoplasias	36	2.23
8	Enfermedades del oído	21	1.30
7	Enfermedades del ojo y anexos	16	0.99
9	Enfermedades del sistema circulatorio	10	0.62
4	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6	0.37
17	Malformaciones congénitas	6	0.37
20	Causas externas de morbilidad	2	0.12
TOTAL		1.615	100.00

En relación al promedio de días de incapacidad, se puede evidenciar que los capítulos que más severidad entregan o mayor número de días adjudican son el capítulo 5 (trastornos mentales y del comportamiento con 21,3 días en promedio), el capítulo 2 neoplasias con 21,1 días de incapacidad), el capítulo 15 (Embarazo parto y puerperio con 19,5 días) y el capítulo 17 (malformaciones congénitas con 18,5 días) (Tabla 26).

Tabla 26. Distribución de registros de incapacidad por promedio de días de incapacidad según la CIE 10

Capítulos según CIE 10	Nombre del Capítulo	Promedio días de incapacidad
5	Trastornos mentales y de comportamiento	21,3
2	Neoplasias	21,1
15	Embarazo , parto y puerperio	19,5
17	Malformaciones congénitas	18,5
21	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	13
4	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11,2
13	Enfermedades del sistema osteomuscular	8,2
19	Traumatismos y envenenamiento de causa externa	8
9	Enfermedades del sistema circulatorio	6,6
7	Enfermedades del ojo y anexos	5
12	Enfermedades de piel	3,9
20	Causas externas de morbilidad	3,5
11	Enfermedades del sistema digestivo	3,4
14	Enfermedades del sistema genitourinario	3,3
18	Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,9
1	Enfermedades infecciosas y parasitarias	2,7
10	Enfermedades del sistema respiratorio	2,6
6	Enfermedades del sistema nervioso	2,6
8	Enfermedades del oído	2,4

### **7.3 Análisis de ausentismo**

Para la elaboración y análisis de los indicadores y del fenómeno del ausentismo se realizaron cálculos basados en el número de trabajadores por empresa como a nivel general; también se realizó el cálculo de las horas totales por incapacidad y el del total de horas hombre trabajadas.

#### **7.3.1 Horas de incapacidad por enfermedad general**

A nivel general se puede evidenciar que en total durante el periodo de estudio se obtuvo un total de 72.976 horas por incapacidades debido a enfermedad general, donde los meses que tuvieron más horas perdidas por incapacidad fueron febrero con 12016 horas y mayo con 11.312.

A nivel específico, se encontró que la Empresa A aportó un total de 42.288 horas perdidas por incapacidad, en donde los meses con más horas de incapacidad fueron enero con 7.104 horas y febrero con 8.456 horas.

En la Empresa B, el número de horas perdidas por incapacidad en el periodo estudiada fue de 14304, en donde el mes de abril fue el que más aportó horas de incapacidades (2.152 horas), seguido de junio (2.384) y febrero (2.168).

Finalmente, en la Empresa C, el número de horas perdidas por incapacidad en el periodo estudiado fue de 16.384, siendo el mes de mayo el mes que aportó mayor cantidad de horas perdidas (4.400), seguido del mes de junio con 2.504 horas (Tabla 27).

Tabla 27. Horas de incapacidad por enfermedad general por empresa y período estudiado

Año/ mes	Empresas			Total general
	Empresa A	Empresa B	Empresa C	
2015	5464	1368	1072	7904
12	5464	1368	1072	7904
2016	36824	12936	15312	65072
1	7104	1192	1384	9680
2	8456	2168	1392	12016
3	4136	2152	2296	8584
4	5200	2104	2416	9720
5	5040	1872	4400	11312
6	3952	2384	2504	8840
7	2936	1064	920	4920
Total general	42288	14304	16384	72976

### 7.3.2 Horas hombre trabajadas

Se evidencia que a nivel general se obtuvo en el periodo estudiado un total de 2.885.312 horas hombre trabajadas, distribuidas tal como se reporta en la Tabla 28.

Tabla 28. Número de horas hombre trabajadas en el periodo estudiado

Mes	Horas hombre trabajadas
dic-15	362,176
ene-16	360,4
feb-16	358,064
mar-16	361,496
abr-16	358,792
may-16	357,984
jun-16	361,24
jul-16	365,16

En la Tabla 29 se evidencia a nivel específico que la Empresa A, tuvo un total de 1,009,088 HHT, Empresa C 1,232,752 HHT y Empresa B un total de 654,992 HHT. (Tabla 28).

Tabla 29. Número de horas hombre trabajadas en el periodo estudiado por empresa

Empresa A		Empresa C		Empresa B	
Mes	HHT	Mes	HHT	Mes	HHT
dic-15	126,056	dic-15	155,168	dic-15	82,392
ene-16	124,416	ene-16	154,856	ene-16	82,568
feb-16	123,064	feb-16	154,848	feb-16	81,592
mar-16	127,384	mar-16	153,944	mar-16	81,608
abr-16	126,32	abr-16	153,04	abr-16	80,872
may-16	125,696	may-16	151,84	may-16	81,888
jun-16	127,568	jun-16	153,736	jun-16	81,376
jul-16	128,584	jul-16	155,32	jul-16	82,696
Totales	1,009,088	Totales	1,232,752	Totales	654,992

### 7.3.3 Índices

Para la evaluación y análisis del ausentismo laboral, se realizó el cálculo de los siguientes índices: número total de incapacidades, número total de días de incapacidad, tasa de ausentismo general y específica, índice de frecuencia, índice de severidad, prevalencia de hiperfrecuentadores.

#### 7.3.3.1 Número total de incapacidades

Corresponde a 1.621 incapacidades, estudiadas en el periodo diciembre 2015- Julio 2016, las cuales tuvieron la siguiente distribución (Tabla 30):

Tabla 30. Número total de incapacidades

Mes	Incapacidades registradas
dic-15	147
ene-16	183
feb-16	253
mar-16	194
abr-16	236
may-16	250
jun-16	238
jul-16	120
Total	1621

#### 7.3.3.2 Número total de días de incapacidad

De las 1.621 incapacidades registradas en el período estudiado, la sumatoria de días de incapacidad correspondió a 9.416. Se encontró la siguiente distribución por mes (Tabla 31).



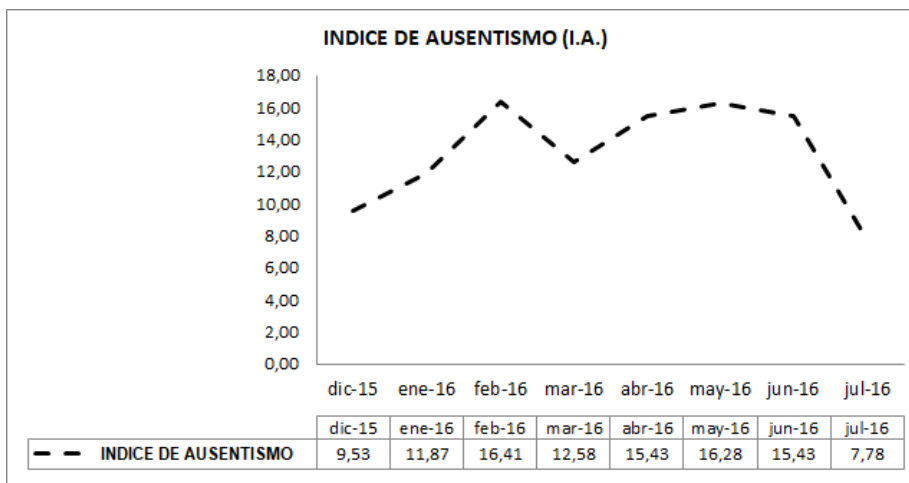
Tabla 31. Número de días de incapacidad

Mes	Días de incapacidad
dic-15	988
ene-16	1210
feb-16	1502
mar-16	1073
abr-16	1411
may-16	1512
jun-16	1105
jul-16	615
Total	9416

#### 7.3.3.3 *Índice de Ausentismo*

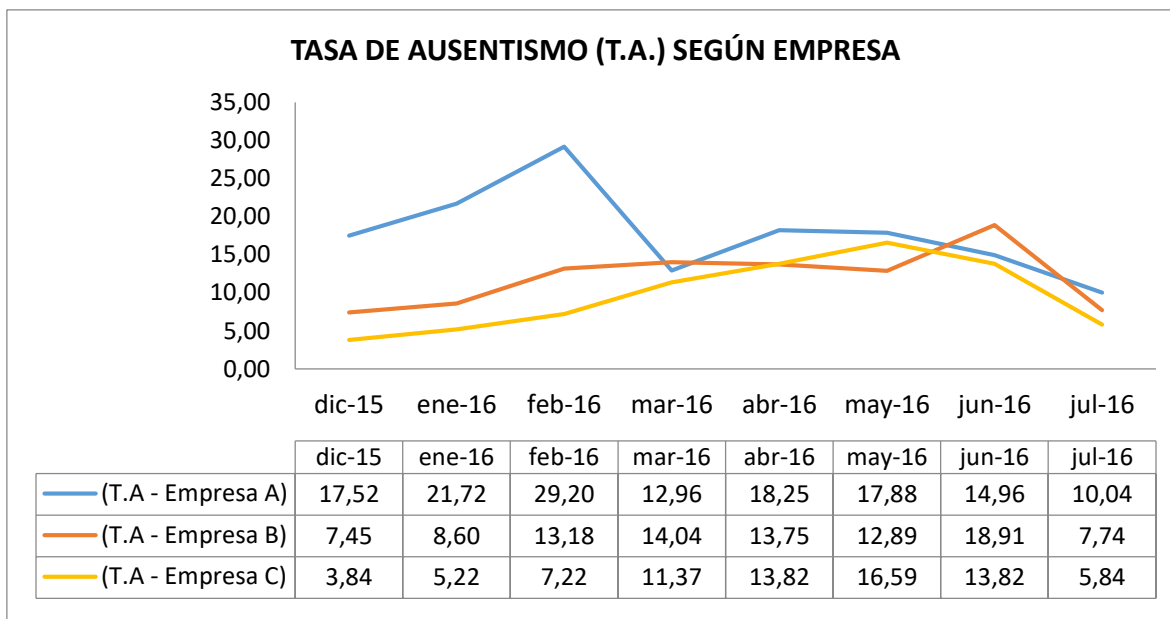
A partir de los datos utilizados en el estudio, se construyó el gráfico general del índice de ausentismo, la cual muestra que por cada 100 trabajadores de la empresa regional suroccidente en el periodo estudiado, se encontró un promedio de 13,1 trabajadores incapacitados, en donde los meses con mayores índices de ausentismo fueron febrero y mayo (Grafico 20).

Gráfico 20. Índice general de ausentismo



A su vez, se construyó el gráfico del índice de ausentismo específico, en donde se observa que la empresa que presenta el mayor índice de ausentismo fue la Empresa A con un promedio de 17,1 trabajadores incapacitados por cada 100, seguido de la Empresa B con un promedio de 12 empleados incapacitados por cada 100 y la Empresa C con un promedio de 10 incapacitados por cada 100 trabajadores. Los meses con los índices de Ausentismo más altos fueron febrero y mayo en las tres empresas (Gráfico 21).

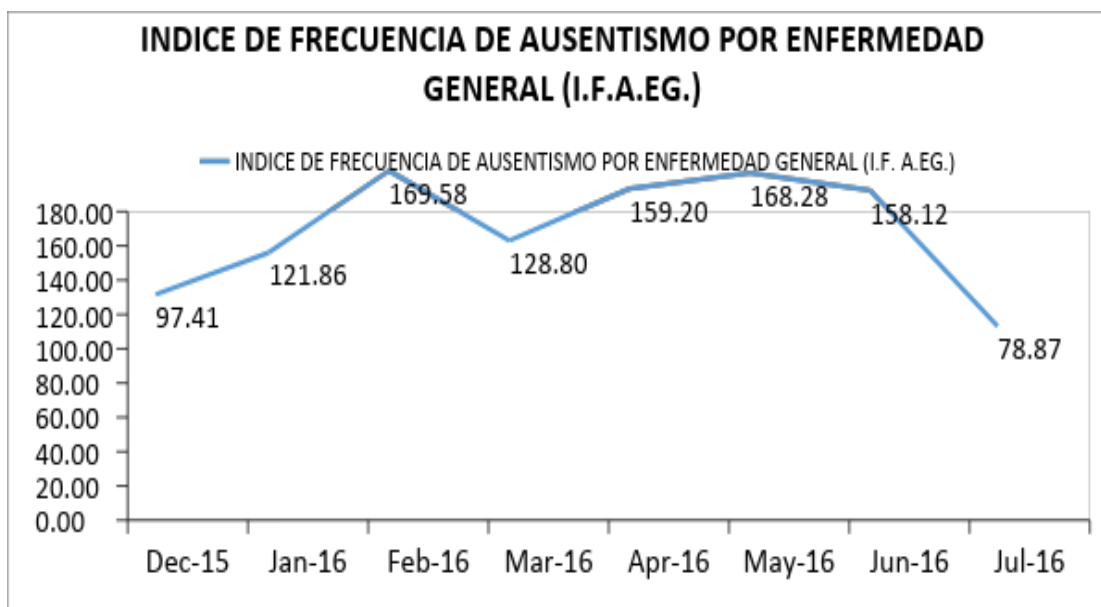
Gráfico 21. Índice de ausentismo por empresa



#### 7.3.3.4 Índice de frecuencia

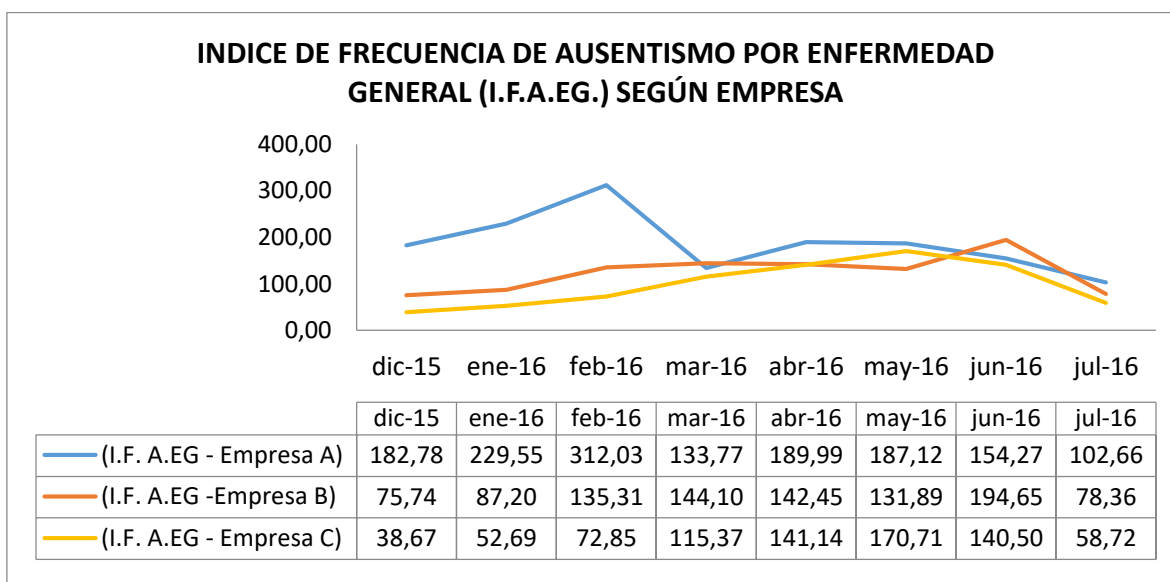
En el gráfico 21 se encontró que a nivel general por cada 240.000 horas hombre trabajadas en el período estudiado hubo un promedio de 135 incapacidades, siendo los meses de febrero y marzo los que aportaron más incapacidades (Gráfico 22).

Gráfico 22. Tasa de ausentismo por empresa



En el gráfico 22 se observa el índice de frecuencia de ausentismo por enfermedad general según empresa; partiendo de lo anterior se evidencia que en la Empresa A por cada 240.000 Horas Hombre Trabajadas, se registraron 186 incapacidades en Promedio. En segundo lugar, se encuentra la Empresa B con un promedio de 123 incapacidades por cada 240.000 horas hombres trabajadas; mientras que para la Empresa C hubo un promedio de 98 incapacidades por cada 240.000 horas hombre trabajadas. Para las tres empresas los meses que registran más incapacidades fueron febrero y mayo (Gráfica 23).

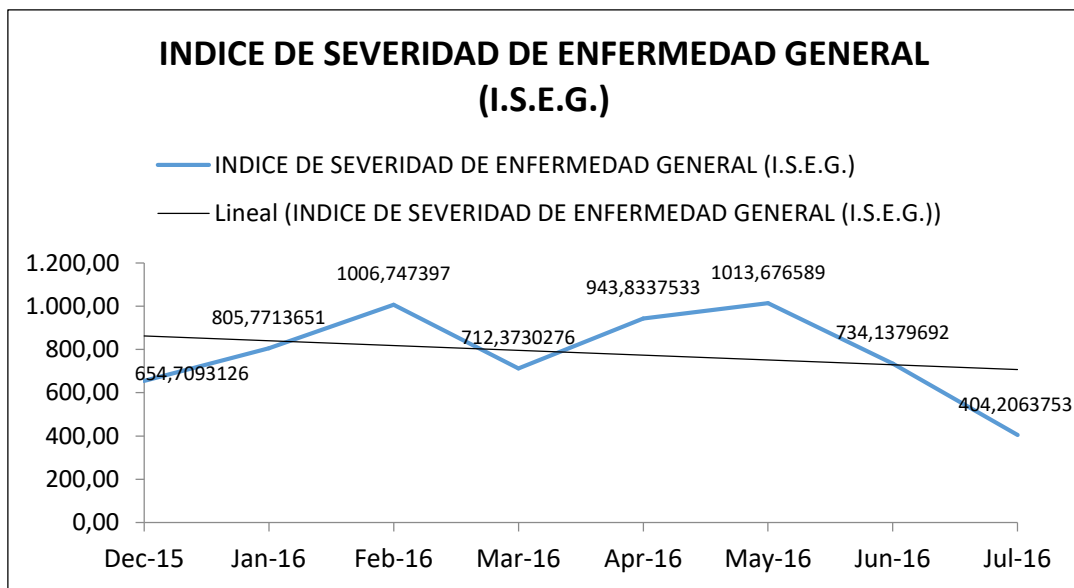
Gráfico 23. Índice de frecuencia por empresa



#### 7.3.3.5 Índice de severidad

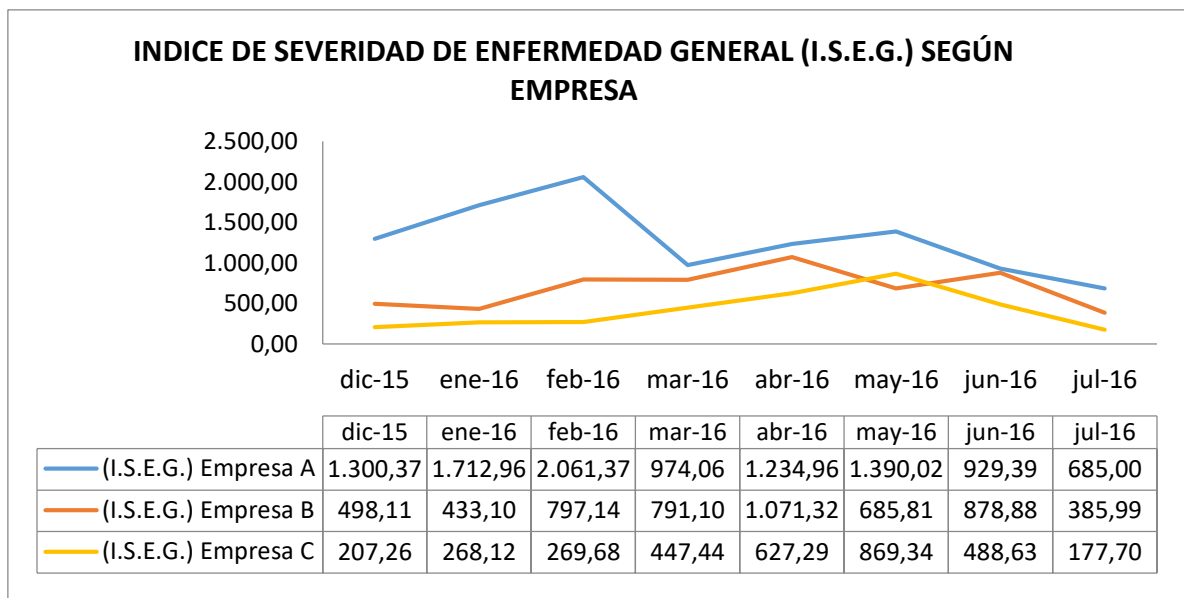
En el gráfico 23 se observa a nivel general el índice de severidad, e indica que por cada 240000 horas hombre trabajadas en el periodo estudiado hubo un promedio de 784 días perdidos (Gráfico 24).

Gráfico 24. Índice de severidad general



En el gráfico 25 se reporta el índice de severidad a nivel específico, en este se evidencia que en la Empresa A por cada 240000 horas hombre trabajadas en el período de estudio hubo un promedio de 1286 días perdidos, en la Empresa B se encontraron 692 días perdidos en promedio por cada 240.000 horas hombre trabajadas y la Empresa C presentó 419 días perdidos por cada 240.000 horas hombres trabajadas. Los meses con más días perdidos por hora hombre trabajadas son febrero y mayo en las tres empresas (Gráfico 25).

Gráfico 25. Índice de severidad según empresa



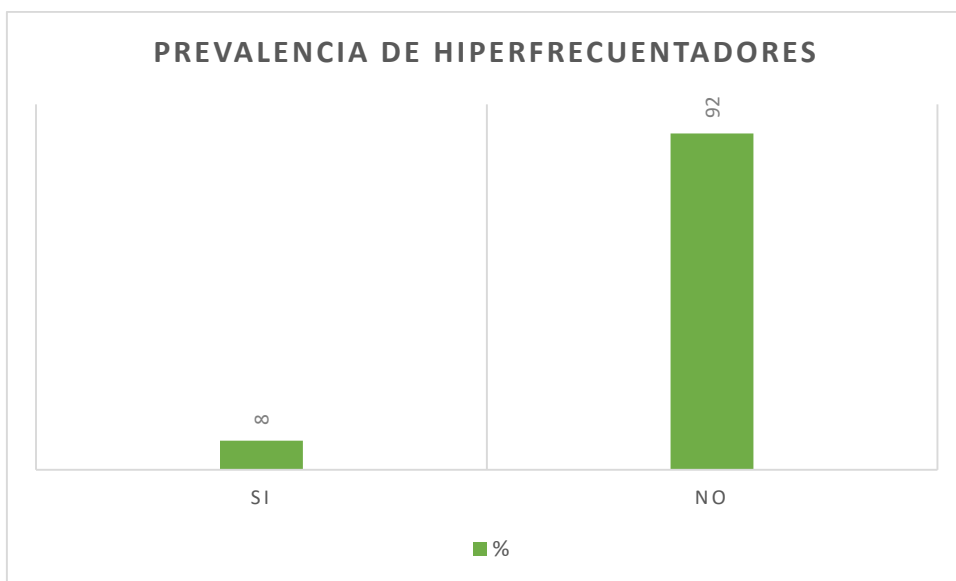
#### 7.3.4 Hiperfrecuentadores

Respecto a los pacientes hiperfrecuentadores, se encontró que de las 675 personas que presentaron incapacidad, 54 personas (8%), son hiperfrecuentadores; quiere decir que presentaron más de 6 incapacidades en el periodo estudiado (Tabla 32, Gráfico 26).

Tabla 32. Prevalencia de hiperfrecuentador

HIPERFRECUENTADOR	N (%)
SI	54 (8)
NO	621 (92)

Gráfico 26. Distribución de hiperfrecuentadores

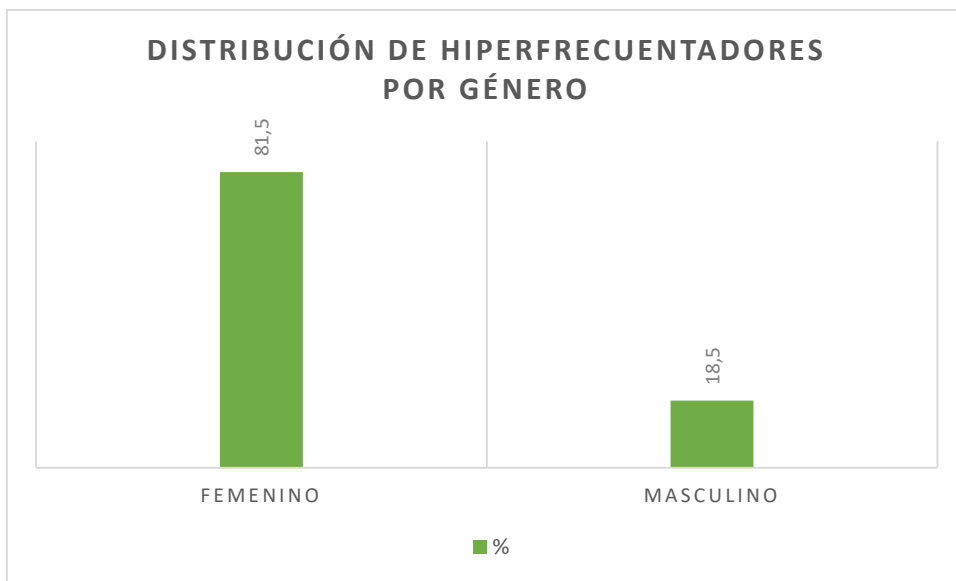


En lo que tiene que ver con el género, se encontró que de las 54 personas hiperfrecuentadores 44 personas son del género femenino que equivale al 88% de los empleados hiperfrecuentadores. (Tabla 33, Gráfico 27).

Tabla 33. Distribución de hiperfrecuentadores por género

Característica	Hiperfrecuentador		Total (675)
	No (621)	Si (54)	
<b>Género</b>			
Femenino	458 (73,75%)	44 (81,48%)	502 (74,37%)
Masculino	163 (26,25%)	10 (18,52%)	173 (25,63%)

Gráfico 27. Distribución de hiperfrecuentadores por género



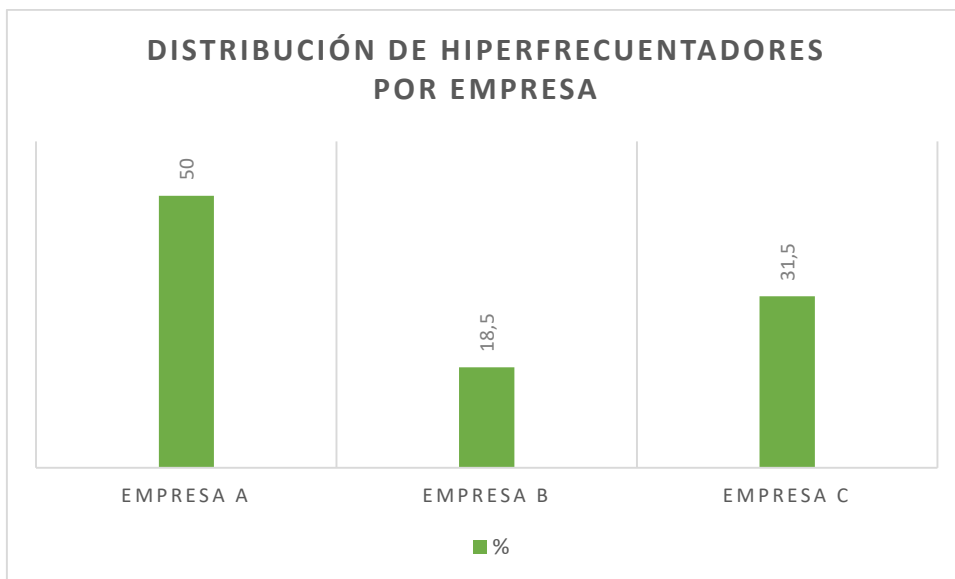
Los datos encontrados de hiperfrecuentadores por empresa muestran que la Empresa A entregó el 50% de los casos, seguido de la Empresa C con 31% y la Empresa B el 18,5% (Tabla 34, Gráfico 28).

Tabla 34. Distribución de hiperfrecuentadores por empresa

Empresa	NO	SI	TOTAL
Empresa A	300 (48,31)	27 (50)	327 (48,44)
Empresa B	127 (20,45)	10 (18,52)	137 (20,3)
Empresa C	194 (31,24)	17 (31,48)	211 (31,26)

Gráfico 28. Distribución de hiperfrecuentadores por empresa



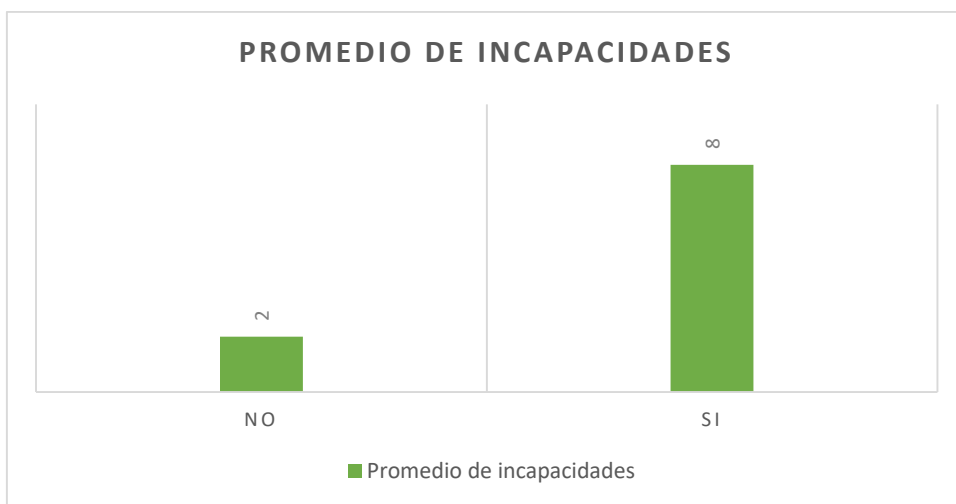


El promedio de incapacidades del paciente Hiperfrecuentador está en alrededor de 7,89 días, un valor superior al de la incapacidad única, que posee un promedio de 1,92 días (Tabla 35, Gráfico 29).

Tabla 35. Promedio de incapacidades

	NO HIPERFRECUENTA	SI HIPERFRECUENTA
Promedio de incapacidades	1,92	7,89

Gráfico 29. Comparación de promedio de incapacidades

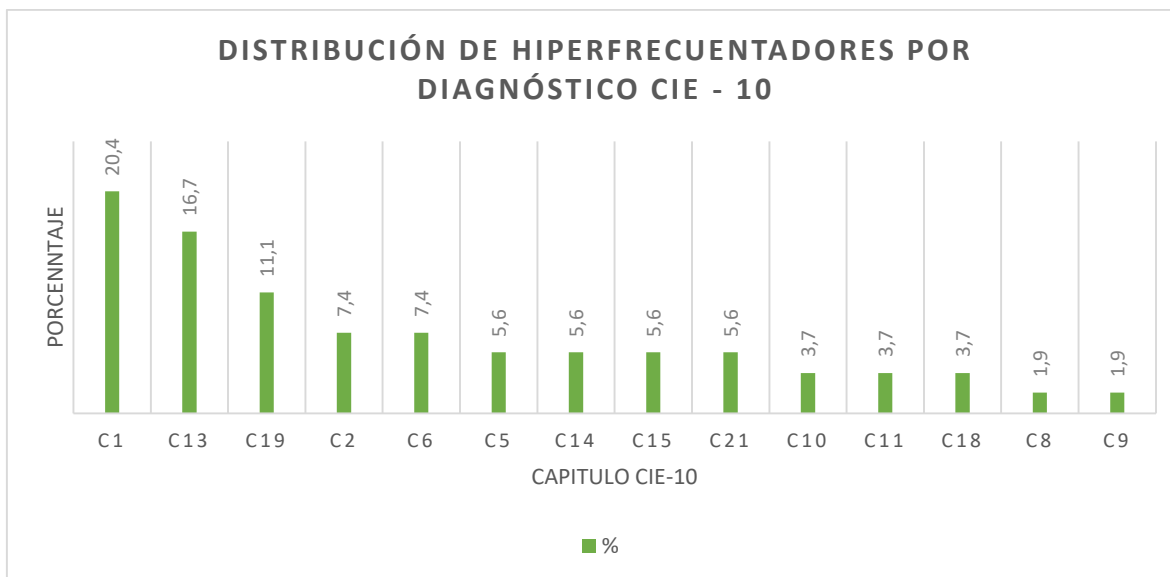


Respecto a lo diagnósticos más registrados por los hiperfrecuentadores, el Capítulo 1 del CIE 10 aportó el 20% de los registros, seguido del capítulo 13 con aproximadamente 17%, Capítulo 19 con 11% y el capítulo 6 con 7,41%. (Tabla 36, Gráfico 30).

Tabla 36. Distribución hiperfrecuentadores por diagnóstico CIE10

Capítulo CIE10	NO	SI	TOTAL
1	183 (29,71)	11 (20,37)	194 (28,96)
2	8 (1,3)	4 (7,41)	12 (1,79)
4	3 (0,49)	0 (0)	3 (0,45)
5	4 (0,65)	3 (5,56)	7 (1,04)
6	23 (3,73)	4 (7,41)	27 (4,03)
7	10 (1,62)	0 (0)	10 (1,49)
8	11 (1,79)	1 (1,85)	12 (1,79)
9	3 (0,49)	1 (1,85)	4 (0,6)
10	114 (18,51)	2 (3,7)	116 (17,31)
11	38 (6,17)	2 (3,7)	40 (5,97)
12	12 (1,95)	0 (0)	12 (1,79)
13	61 (9,9)	9 (16,67)	70 (10,45)
14	25 (4,06)	3 (5,56)	28 (4,18)
15	13 (2,11)	3 (5,56)	16 (2,39)
17	1 (0,16)	0 (0)	1 (0,15)
18	54 (8,77)	2 (3,7)	56 (8,36)
19	39 (6,33)	6 (11,11)	45 (6,72)
20	1 (0,16)	0 (0)	1 (0,15)
21	13 (2,11)	3 (5,56)	16 (2,39)

Gráfico 30. Distribución de hiperfrecuentadores por diagnóstico CIE 10

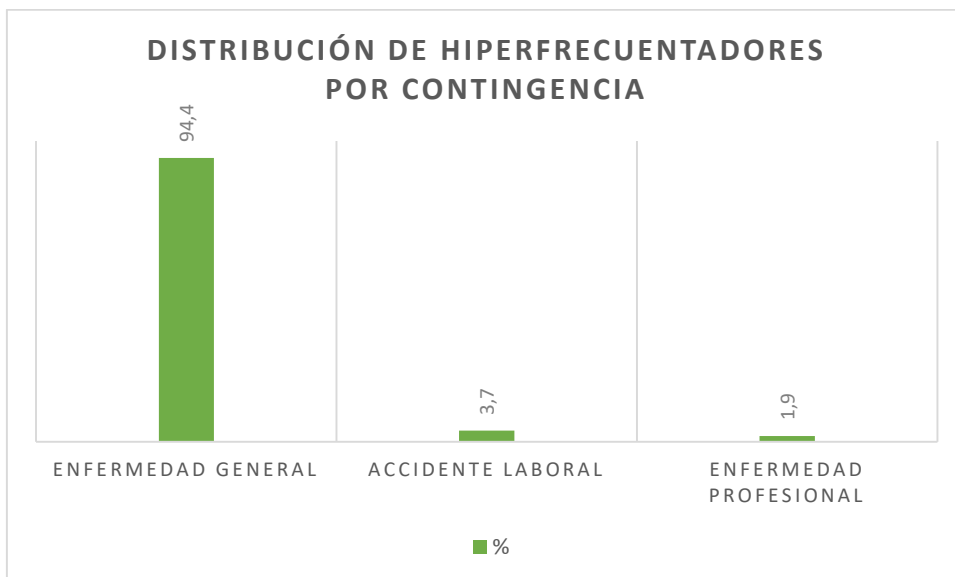


La contingencia que más presenta hiperfrecuentadores es la Enfermedad General con 94% de los registros, seguido de Accidente Laboral con 4% y la Enfermedad Profesional presenta un 2% de participación en los registros (Tabla 37, Gráfico 31).

Tabla 37. Distribución por hiperfrecuentadores por contingencia

	NO	SI	TOTAL
Tipo de incapacidad			
E_General	610 (98,23)	51 (94,44)	661 (97,93)
A_Laboral	10 (1,61)	2 (3,7)	12 (1,78)
E_Profesional	1 (0,16)	1 (1,85)	2 (0,3)

Gráfico 31. Distribución de hiperfrecuentadores por contingencia

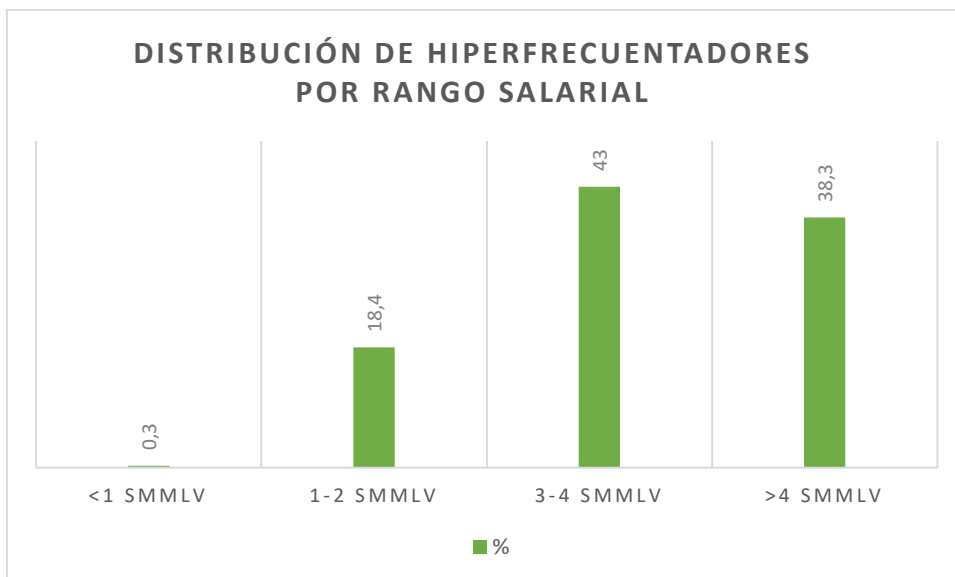


En el área salarial se evidencia que el 86% de los hiperfrecuentadores divididos los grupos de 3-4 salarios mínimos y más de 4 salarios mínimos. A nivel de grupos de edad aportan el 79,6% de incapacidades, seguido del adulto joven con el 20%. (Tabla 38, Gráfico 32).

Tabla 38. Distribución de hiperfrecuentadores por rango salarial

Rango salarial	SI	NO	TOTAL
<1 SMMLV	2 (0,32)	0 (0)	2 (0,3)
1-2 SMMLV	114 (18,36)	8 (14,81)	122 (18,07)
3-4 SMMLV	267 (43)	23 (42,59)	290 (42,96)
>4 SMMLV	238 (38,33)	23 (42,59)	261 (38,67)

Gráfico 32. Distribución de hiperfrecuentadores por rango salarial

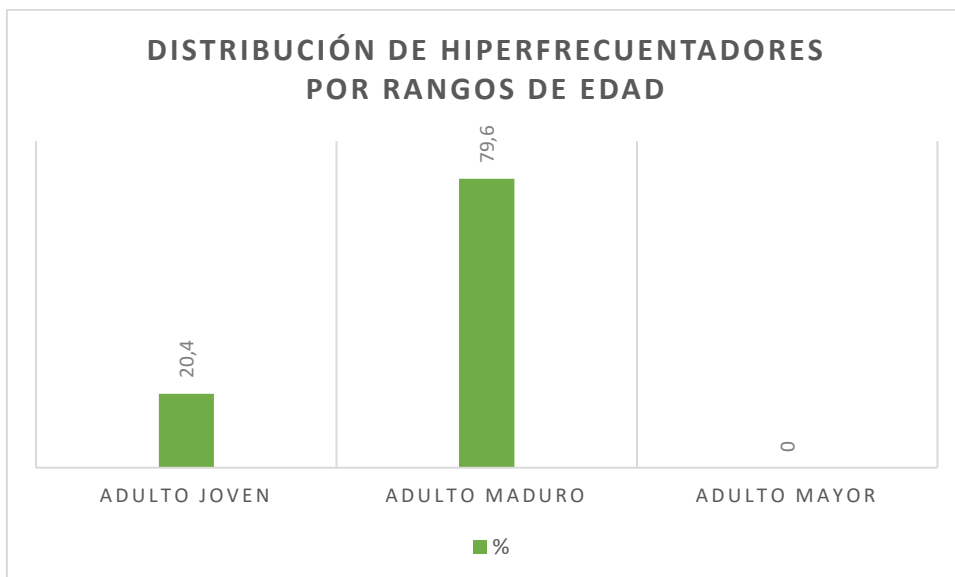


A nivel de grupos de edad aportan el 79,6% de incapacidades, seguido del adulto joven con el 20%. (Tabla 39, Gráfico 33).

Tabla 39. Distribución de hiperfrecuentadores por rangos de edad

Grupos de edad	NO	SI	TOTAL
Adulto joven	133 (21,42)	11 (20,37)	144 (21,33)
Adulto maduro	481 (77,46)	43 (79,63)	524 (77,63)
Adulto mayor	7 (1,13)	0 (0)	7 (1,04)

Gráfico 33. Distribución de hiperfrecuentadores por rangos de edad

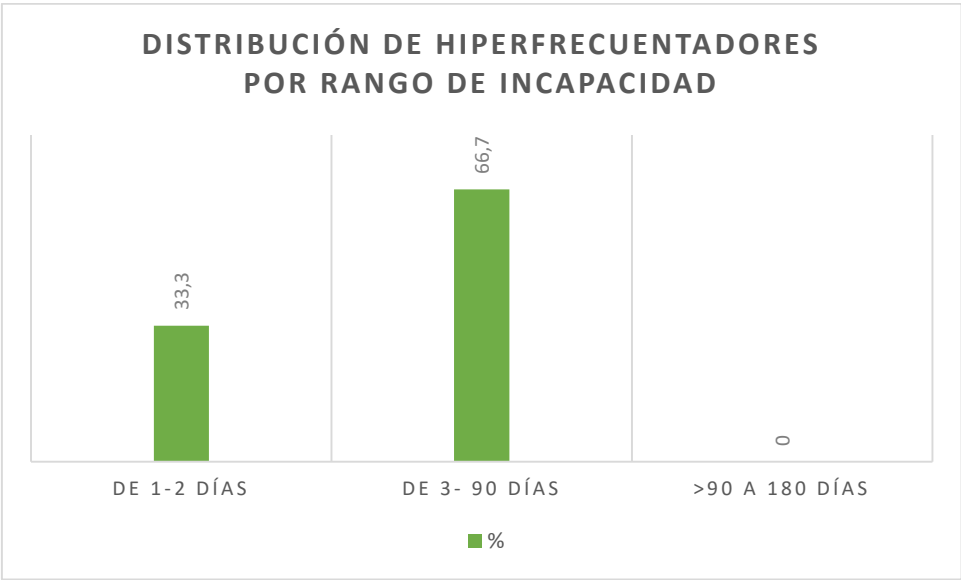


En lo que corresponde a los rangos de incapacidad, las incapacidades comprendidas entre los 3 y 90 días registran el 66,6% de hiperfrecuentadores y las incapacidades comprendidas entre los 1 y 2 días tienen el 33,3% de hiperfrecuentadores (Tabla 40, Gráfico 34).

Tabla 40. Distribución de hiperfrecuentadores por rango de incapacidad

Rangos de incapacidad	de	NO	SI	TOTAL
de 1-2 días		288 (46,38)	18 (33,33)	306 (45,33)
de 3- 90 días		332 (53,46)	36 (66,67)	368 (54,52)
>90 a 180 días		1 (0,16)	0 (0)	1 (0,15)

Gráfico 34. Distribución de hiperfrecuentadores por rango de incapacidad



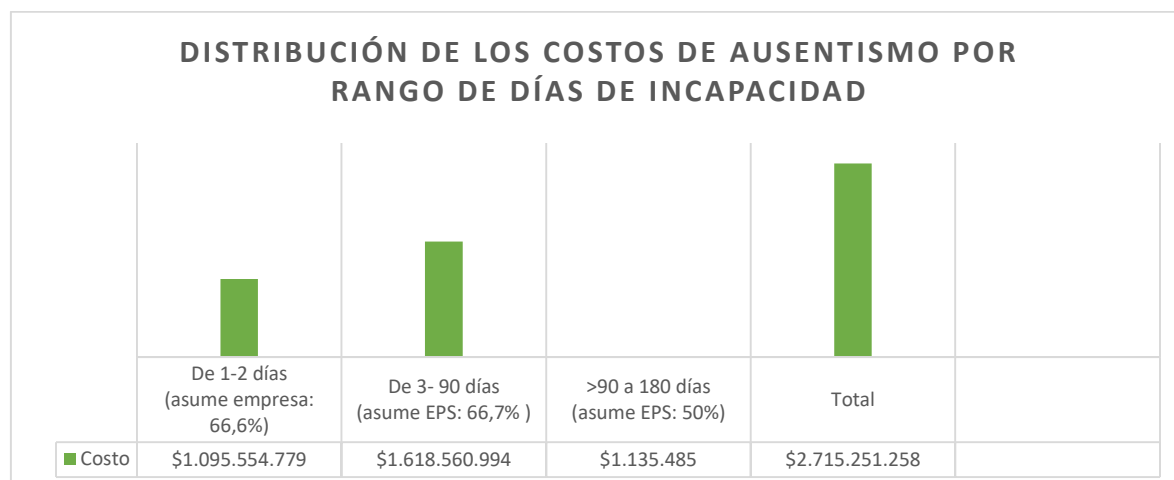
7.3.5 Costos del ausentismo

Los costos asumidos del ausentismo quedan distribuidos de la siguiente forma: entre 1 y 2 días: los asume la empresa, durante el periodo estudiado se pagaron incapacidades por valor de \$1.095.554.779; los comprendidos entre los 3 y 90 días: el costo lo asume la EPS, en este caso se pagaron \$1.618.560.994, mientras que por incapacidades mayores a 90 días solo se pagó una incapacidad de \$1.135.485 (Tabla 41, Gráfico 35).

Tabla 41. Distribución costo de ausentismo por rango de días de incapacidad

RANGO DE INCAPACIDAD	VALOR	PORCENTAJE
de 1-2 días (asume empresa: 66,6%)	\$1.095.554.779	40,35%
de 3- 90 días (asume EPS: 66,7% )	\$1.618.560.994	59,61%
>90 a 180 días (asume EPS: 50%)	\$1.135.485	0,04%
TOTAL	\$2.715.251.258	100%

Gráfico 35. Distribución costo de ausentismo por rango de días de incapacidad



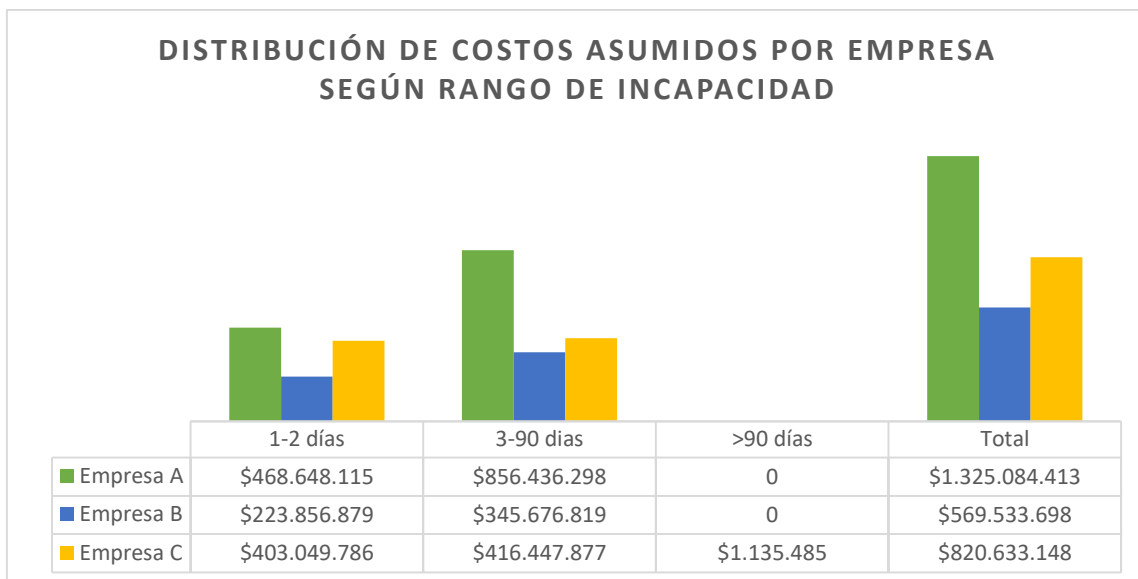
A nivel de empresas, la Empresa A pagó \$1.325.084.413, donde el rango que más gastos generó fue el comprendido entre los 3 y 90 días con \$856.436.298; en la Empresa B se pagaron \$569.533.698, el periodo en el que más se pagó fue el que se encuentra entre los 3 y 90 días con \$345.676.819. En la Empresa C se cancelaron \$820.633.148, se observa que fue la única empresa que pagó una incapacidad mayor a 90 días por un valor de \$1.135.485 y más de 400 millones en los rangos de 1 a 2 días y en el de 3 a 90 días. (Tabla 42, Gráfico 36).

Tabla 42. Distribución de costos asumidos por empresa según rango de incapacidad

Rango de días	Empresa A	Empresa B	Empresa C
1-2 días	\$ 468.648.115	\$ 223.856.879	\$ 403.049.786
3-90 días	\$ 856.436.298	\$ 345.676.819	\$ 416.447.877
>90 días	\$ -	\$ -	\$ 1.135.485
Total	\$ 1.325.084.413	\$ 569.533.698	\$ 820.633.148

Gráfico 36. Distribución de costos asumidos por empresa según rango de incapacidad





En la tabla 42 se observa que la Empresa A pagó alrededor de \$3.680.790 por empleado solo en incapacidades, mientras que en la Empresa B el gasto per cápita fue de \$4.282.208 por incapacidad y en la Empresa C de \$4.508.973 en Gastos per cápita por incapacidad (Tabla 43).

Tabla 43. Distribución de gastos per cápita por empresa

EMPRESA	GASTOS EN INCAPACIDAD	NÚMERO DE EMPLEADOS INCAPACITADOS	GASTO PER CÁPITA
EMPRESA A	\$ 1.325.084.413	360	\$ 3.680.790
EMPRESA B	\$ 569.533.698	133	\$ 4.282.208
EMPRESA C	\$ 820.633.148	182	\$ 4.508.973

#### 7.4 Comparación del Promedio de Días de Incapacidad por Diagnóstico, frente a una Guía Internacional

En la Tabla 43 se puede observar el promedio de días de incapacidad por diagnóstico clasificados en el CIE 10, mientras que en la Tabla 44 se observa la clasificación realizada según la Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria, de origen español. Como hallazgo importante se encuentra que se tuvo que agrupar diagnósticos que no se encontraban en la Guía Internacional y se denominaron Enfermedades Infecciosas no clasificadas con 413 registros, también los signos y síntomas no especificados; además de las Enfermedades Dentales. Respecto al número de días se encontró que el promedio de días de incapacidad por diagnósticos del CIE 10 es inferior al sugerido por la Guía Internacional en la mayoría de los capítulos. (Tablas 44 y 45).

Tabla 44. Promedio de días de incapacidad, según CIE 10

Capítulos según CIE 10	Nombre del Capítulo	Promedio días de incapacidad
1	Enfermedades infecciosas y parasitarias	2,7
2	Neoplasias	21,1
4	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	11,2
5	Trastornos mentales y de comportamiento	21,3
6	Enfermedades del sistema nervioso	2,6
7	Enfermedades del ojo y anexos	5
8	Enfermedades del oído	2,4
9	Enfermedades del sistema circulatorio	6,6
10	Enfermedades del sistema respiratorio	2,6
11	Enfermedades del sistema digestivo	3,4
12	Enfermedades de piel	3,9
13	Enfermedades del sistema osteomuscular	8,2
14	Enfermedades del sistema genitourinario	3,3
15	Embarazo , parto y puerperio	19,5
17	Malformaciones congénitas	18,5
18	Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,9
19	Traumatismos y envenenamiento de causa externa	8
20	Causas externas de morbilidad	3,5
21	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	13

Tabla 45. Días sugeridos de incapacidad según guía española

Capítulo Guía España	Número de Incapacidades	Días sugeridos
Enfermedades Infecciosas	313	8,7
Oncología	47	180,0
Endocrinología	3	25,5
Hematología	1	-
Trastornos Mentales	46	93,8
Neurología	97	12,0
Oftalmología	10	13,3
Otorrinolaringología	24	6,4
Cardiología	8	20,0
Sistema Vascular	3	25,0
Neumología	4	22,5
Aparato Digestivo	102	7,0
Nefrología	9	18,5
Ginecología	95	9,3
Embarazo y lactancia	25	-

Enfermedades de Piel	24	7,0
Sistema Osteomioarticular	314	25,0
Lesiones y envenenamientos	15	60,0
Enfermedades Infecciosas no Clasificadas	413	-
Enfermedades Dentales	23	-
Signos y Sintomas no Especificados	39	-

## 8. DISCUSIÓN

En el presente estudio se pudo observar que la principal causa de ausentismo fue la Enfermedad General, seguido del Accidente Laboral y la Enfermedad Profesional; datos que coinciden con estudios realizados en años anteriores a nivel nacional, en donde se mencionan estos eventos de contingencia como los más prevalentes dentro de las empresas. (39)

Otro dato que se observó fue que el género femenino fue el que más se incapacitó con una frecuencia absoluta de 75% frente al 25% del género masculino, datos similares a estudios realizados a nivel global, en los cuales se evidencia que las personas de género femenino, tienen una alta probabilidad de incapacitarse por condiciones de salud relacionadas con enfermedades respiratorias y osteomusculares. (40)

A nivel proporcional se pudo evidenciar que el género masculino tiene una mayor tasa de incapacidad a pesar de tener una menor población en la empresa en estudio, dato que difiere con la información recolectada por Aon Colombia en su Benchmarking de Ausentismo 2018, en donde la tasa de incapacidad es dominada por el género femenino tanto en frecuencia como en severidad. (41)

A nivel de los grupos de edad, en el presente estudio se pudo observar que el grupo de adultos maduros, comprendidos entre los 30 y 59 años fueron los que más se incapacitaron en el periodo estudiado, lo cual contrasta con los diferentes estudios que se han realizado acerca del tema, dado que esta etapa de la vida se considera como la edad productiva, en donde las personas tienen todo el potencial para participar activamente en actividades laborales. (42)

Se encontró un Índice General de Ausentismo en el periodo estudiado de 13.6 días, superando el valor considerado como aceptable por la Organización Mundial del Trabajo que es de 2.5 días (78 Comité de la organización Mundial del trabajo, 1991); el cual se utiliza como referencia para la mayoría de las comparaciones e investigaciones.

El Índice de Ausentismo del presente estudio (13.6) días, guarda relación con estudios anteriores, en donde el sector hospitalario presentaba cifras de 14.3 días por trabajador;

mientras que el sector de la Minería presenta tasas de 12 días, el sector Industrial 7 días y el sector Educativo 6 días. (43) Se debe manifestar que la mayoría de las tasas de ausentismo son generales, quiere decir que incluyen ausentismo por causa médica y no médica. Esto significa que en el país hay pocos estudios que estén orientados al ausentismo por enfermedad general.

Se comprobó que las principales causas de ausentismo por frecuencia en el grupo de estudio fueron las enfermedades del sistema respiratorio (14%), enfermedades infecciosas (26%), sistema osteomuscular (13%) y trauma (7%), resultados que coinciden con los resultados reportados en otras investigaciones como en el estudio realizado por Saldarriaga y Martínez para la Revista Nacional de Salud Pública. (44) Cabe aclarar que las patologías que entregaron más incapacidades están relacionadas con Sistema Respiratorio (30,8%), Osteomuscular (18,8%), Gastrointestinal (7%).

En el presente estudio se encontró que el mayor número de incapacidades pertenecieron a la enfermedad general con un 97,1% %, seguido por accidente de trabajo 1,91% y enfermedad profesional o laboral 0,95%, hallazgo que coincide con el realizado por Navarro, Cubides y Grajales en 2016, con una prevalencia del 97% de la enfermedad general. (45)

Respecto al género, se halló que el femenino es el que más veces se incapacitó, en una relación de 3 incapacidades del género femenino por cada incapacidad del género masculino, las enfermedades respiratorias y osteomusculares fueron los que tuvieron mayor prevalencia, lo cual presenta relación con estudios realizados en la misma área. (46)

Se observó que del total de empleados incapacitados (675) se encontraron 54 hiperfrecuentadores, lo que representa el 8 % del total de incapacitados. Es decir, que esas 54 personas presentaron entre 6 y 14 incapacidades en el periodo estudiado, las cuales pueden variar al tratarse de consultas de primera vez o seguimientos, lo cual guarda similitud con estudios realizados en la región recientemente. (39)

En Colombia, se encuentran pocos estudios en relación con los pacientes hiperfrecuentadores, para el año 2016 se realizó un estudio con 780 personas en la ciudad de

Cali, (47) el cual reveló que el género femenino es el que tiene mayor prevalencia de personas hiperfrecuentadoras, además que los diagnósticos relacionados con ansiedad y depresión son los más frecuentes, datos que coinciden con el presente estudio. En este trabajo se estableció como paciente hiperfrecuentador a la persona que presenta más de 6 incapacidades en el periodo.

El ausentismo laboral además de generar efectos negativos en la productividad de las empresas, también afecta la competitividad de estas, ya que se genera un aumento en costos por pago de incapacidades. (48) De acuerdo a los datos obtenidos en este estudio, los costos generados por incapacidad en el periodo estudiado fueron de \$2.715.251.258 aproximadamente, cifras que corresponden a la pérdida económica por días cargados. En estudios similares se evidencia que el ausentismo laboral es un fenómeno que ocasiona pérdidas para las empresas a nivel social y económico, lo que es similar a lo encontrado en esta investigación. (49)

Respecto a la comparación con la “Guía de valoración de incapacidad temporal para médicos de atención primaria” de España se evidenció que el promedio de días de incapacidad en la empresa es menor a los días propuestos de incapacidad que sugiere la guía española. A su vez la guía española posee capítulos en donde no se refieren días de incapacidad, como lo son el capítulo 4 (Hematología) y el capítulo 15 (Embarazo y lactancia); ya que estos dependen de la evolución clínica del paciente, además hubo diagnósticos que no están contemplados en la Guía, tales como las Patologías Dentales, Signos y Síntomas Inespecíficos; además de las Enfermedades Infecciosas no clasificadas. (50)

A nivel estadístico el primer lugar en los registros fue para las enfermedades Infecciosas no clasificadas, seguida de las patologías infecciosas clasificadas, Sistema Osteomioarticular, Sistema Digestivo y Neurología. En los capítulos que más días de incapacidad se sugieren son Oncología, Trastornos Mentales, Lesiones y envenenamientos, Endocrinología y Osteomioarticular. (49)

Al comparar los días sugeridos de incapacidad de la guía española con el promedio de días en las incapacidades registradas en la empresa, se puede observar que los días que sugiere la

Guía Española son superiores al promedio que presenta la empresa, lo que podría explicar el aumento en las incapacidades por diagnósticos repetidos y los casos de pacientes hiperfrecuentadores a nivel local. (49)

En este estudio se pudo encontrar que los trabajadores con un rango salarial alto son las personas que más se ausentan, hallazgo que contrasta con el realizado por Restrepo y Salgado en el 2013, (13) donde se encontró que las personas con un nivel educativo y bajo rango salarial tienen menos probabilidad de ausencia que aquellos que tienen un nivel educativo alto y un rango salarial más elevado.



## 9. CONCLUSIONES

El análisis del ausentismo por incapacidad Temporal de origen Común, registrado durante el periodo de estudio, permitió identificar los cargos con mayor frecuencia de ausentismo, destacando diferencias relevantes entre la edad, el género y tipo de contingencia.

Los resultados hallados en el índice de ausentismo del periodo, coinciden con los datos extraídos en la literatura del marco teórico, encontrando un mayor ausentismo por frecuencia absoluta en el género femenino y una tasa de incapacidad mayor en el género masculino; así como en los cargos que son de carácter administrativo y de atención al usuario.

Se pudo analizar que el registro de incapacidades por accidente de trabajo es bajo (1.91%), comparado con la enfermedad general o de origen común, debido al tipo de actividad económica de la empresa, además de las capacitaciones y los constantes controles para uso de elementos de protección personal en los diferentes trabajadores, disminuye el riesgo de presentar accidentes en las áreas de trabajo.

De acuerdo al número de registros se pudo observar que las principales causas de ausentismo están clasificadas en las enfermedades que afectan el sistema respiratorio, enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades osteomusculares y los traumatismos. Mientras que la clasificación según la severidad por días de incapacidad, la primera causa de severidad en el ausentismo son los diagnósticos relacionados con las enfermedades mentales, las neoplasias y las complicaciones derivadas del embarazo.

Se encontró que la prevalencia del ausentismo no depende de la cantidad de trabajadores en las empresas, lo cual se demostró al comparar el número de empleados de la Empresa C (644 empleados) con los trabajadores de la Empresa A (547) empleados, siendo este último el que presenta mayor número de solicitudes de incapacidad en el periodo de estudio.

En cuanto al análisis de los indicadores de ausentismo durante el periodo de estudio, se observó que se incapacitan 13 trabajadores por cada 100 empleados, cifra considerada alta para los estándares de competitividad empresarial, también se evidencia que por cada

240.000 horas hombre hay alrededor de 135 incapacidades siendo los meses de febrero y marzo los que presentan un alto registro de incapacidades.

Se calcula que el sector empresarial pierde más, por no atender los trastornos mentales que por otras enfermedades. Varios estudios realizados en el mundo evidencian la relación de trastornos mentales no tratados con el ausentismo laboral, la baja productividad, el aumento de accidentes, los conflictos laborales y la mala relación con los compañeros de trabajo y con los jefes. En la literatura se encuentra que el estrés laboral crónico aumenta la depresión y la ansiedad en los trabajadores.

En el presente estudio se encontró que los días de incapacidad provenientes de las enfermedades mentales (21) es superior comparado a las causas más comunes de incapacidad del estudio como enfermedades infecciosas y respiratorias (3). Evidenciando traumatismos en las áreas donde se encuentra el personal que se incapacita por enfermedad mental, donde prevalece el género femenino con más incapacidades.

Al momento la empresa no posee con planes de tamizaje de enfermedad mental, ni de promoción y prevención; lo cual puede incidir en el aumento progresivo de los casos de enfermedad mental y de los casos de pacientes hiperfrecuentadores.

En lo que respecta a los pacientes hiperfrecuentadores se encontró que de las 675 personas que presentaron incapacidad, 54 personas (8%), son hiperfrecuentadores; esto significa que presentaron más de 6 incapacidades en el periodo estudiado, en donde el 88% de los pacientes pertenecen al género femenino. A nivel de rango salarial se observa que las personas con más de 3 salarios mínimos de ingresos son los que más aportan incapacidades (66%).

De acuerdo al análisis de los hiperfrecuentadores por causa común, se pudo analizar la empresa que más pacientes hiperfrecuentadores posee es la Empresa A con el 50% de los casos.

En el presente estudio se encontró que 54 pacientes de las 675 personas incapacitadas presentaron más de seis (6) incapacidades en el periodo de estudio, siendo 8 incapacidades

el promedio, siendo superior al estipulado por la empresa en el periodo de 1 año y no hay evidencia de seguimiento a los casos.

Es importante considerar que el estado de salud de las personas en período de trabajo, es fundamental a la hora de analizar el costo sobre lo que significa en pérdidas el ausentismo laboral, ya que, el ausentismo laboral es considerado como una de las causas de mayor incremento de los costos en la organización.

A nivel de costos en la organización se encontró que hubo pérdidas económicas con un valor de \$2.715.251.258, cifra elevada para el nivel productivo de un grupo empresarial, encontrando que Empresa A posee el 50% de los pacientes incapacitados con cifras superiores a los \$1.325.000.000; resaltando que el pago por paciente incapacitado más alto lo tiene la Empresa B con \$4.282.208 por paciente incapacitado.

Los índices de ausentismo laboral por enfermedad general de causa común obtenidos en el presente estudio, son de gran importancia no sólo porque ofrecen una aproximación a la situación laboral en este aspecto, sino al ser una fuente de información a nivel epidemiológica que puede servir de elemento de fortalecimiento de la política institucional dirigida a la Seguridad y Salud en el trabajado.

Colombia no posee una guía específica para la adecuada prescripción y seguimiento de las incapacidades médicas, razón por la cual se puede incrementar el número de hiperfrecuentadores.

En la actualidad la empresa no está cumpliendo con la normativa respecto al ausentismo laboral a pesar de que hay un personal de hacer seguimiento a los procesos de incapacidad dentro de la empresa.

Se deben ahondar esfuerzos en el régimen de Seguridad Social entre el Régimen de Seguridad Social en Salud y el de Riesgos Profesionales, teniendo en cuenta la Ley Estatutaria en Salud, en donde se debe promover el mejoramiento de la salud, prevenir las enfermedades y elevar el nivel de la calidad de vida del personal trabajador; lo cual ayudaría a disminuir los índices de Ausentismo por Enfermedad General.

## **9.1 Limitaciones del estudio**

El número de hiperfrecuentadores puede ser mayor, debido a que la base de datos únicamente muestra el registro de incapacidades y no el número de veces que el trabajador consulta al servicio médico.

En las bases de datos suministradas por la institución no hay la información que permita establecer los indicadores por accidentalidad y determinar la causalidad de estos eventos, con el fin de caracterizar el ausentismo laboral por contingencia de accidente de trabajo.

Se presentaron algunos sesgos de información debido a los datos incompletos en los registros de salud ocupacional de la institución.

## **10. RECOMENDACIONES**

Después de analizados los datos suministrados por el departamento de Salud Ocupacional, se recomienda el uso de una herramienta que recopile los índices y tasas que permiten medir de manera detallada el ausentismo; como la utilizada en el presente estudio, con el fin de determinar el comportamiento de este y establecer políticas integrales de intervención y control del ausentismo laboral.

Es necesario consignar en la base de datos el número de incapacidades en el período y establecer si se trata de prorrogas, con el fin de establecer el número de eventos y así poder realizar la vigilancia epidemiológica de acuerdo al diagnóstico (prevalencia e incidencia).

Las enfermedades mentales son las de mayor severidad, por lo tanto, se recomienda que donde se presenten los mayores registros se analicen las condiciones laborales e implementen medidas de prevención en las diferentes áreas de trabajo, para mejorar las condiciones de salud de la población trabajadora.

Es necesario determinar los cargos con pacientes hiperfrecuentadores con el fin de realizar el seguimiento y la intervención adecuada, para disminuir el impacto de su enfermedad en las labores productivas y en su calidad de vida.

Se recomienda tener en cuenta los costos directos por prestaciones asistenciales e indirectos del ausentismo para determinar el impacto de este fenómeno en la institución.

Se deben mantener las estadísticas y el control de los índices de ausentismo laboral por causa médica, que contribuyen a cuantificar la efectividad y la eficiencia de las políticas y programas que se implementen en el departamento de Salud Ocupacional de la institución

Se recomienda utilizar el presente estudio como línea de base para la intervención de los hallazgos encontrados, se deben destinar recursos para realizar un programa de seguimiento del Ausentismo en la empresa.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz Y, Villasante C. y Rodríguez A.. Causas y efectos del absentismo laboral.. Auditoría pública: revista de los Órganos Autónomos de Control Externo;(7): p. 14. 1996.
2. Stoner, J. A., Freeman, R. E., Sacristan, P. M., & Gilbert, D. R. Administración. 65865873rd ed.: Prentice Hall; 1996.
3. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OECD]. Human Resources Management Country Profiles. [Online].; 2012 [cited 2016 agosto 25. Available from: <http://www.oecd.org/gov/pem/OECD%20HRM%20Profile%20-%20Chile.pdf>.
4. Munera, I. El ausentismo laboral cuesta al año 9.271 millones de euros. [Online].; 2015 [cited 2016 agosto 27. Available from: <http://www.elmundo.es/economia/2015/06/16/558048baca4741164d8b45a5.html>.
5. Blasco, F., Galilla, A. & Ordás Berciano, E. V. Informe de ausentismo Adecco 2015. [Online].; 2016 [cited 2016 agosto 27. Available from: <http://prevencion.fremap.es/Doc%20VARIOS/Noticias/V%20Informe%20de%20Absentismo.pdf>.
6. Jueguen, F. Inquietud en las empresas por el mayor ausentismo. [Online].; 2016 [cited 2016 agosto 28. Available from: <http://www.lanacion.com.ar/1904089-inquietud-en-las-empresas-por-el-mayor-ausentismo>.
7. Solís, A. Ausentismo laboral 'golpea' a empresas mexicanas. Forbes. México. 2014.
8. Rojas, T. J. F. Mil y una mañan para tener una incapacidad. El Colombiano. 2011.

9. Vega E. Prevalencia del ausentismo en una entidad de salud de Floridablanca (Colombia) en el año 2014 y los factores laborales y satisfacción asociados. Tesis Florida Blanca, Santander, Colombia; 2015.
10. Sánchez, Diana Carolina. Ausentismo laboral: una visión desde la seguridad y salud en el trabajo. Revista Salud El Bosque. 2015.
11. Arévalo Rodríguez, E. Principales causas y costos del ausentismo laboral en la Policía Metropolitana de Santiago de Cali. Tesis. [Online].; 2015 [cited 2016. Available from: <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/7853/1/ArevaloRodr>.
12. Silva Gutiérrez, Claudia; Caicedo Gómez, Dyane y Serna Calvo, Lynda. Ausentismo laboral en personal de salud de la Red Salud Norte de Cali. Tesis Cali: Universidad Libre; 2013.
13. Restrepo C. & Salgado E. Tipos de contrato y ausentismo laboral en Colombia. Types of contracts and worker absenteeism in Colombia. Journal of Business Research; vol. 66: 401–408. 2013.
14. Serrano, D., Espitia, L., Florez, A., Barbosa, L., Fagua, C. & Barbosa, W. Ausentismo laboral en el centro de atención médica inmediata Vista Hermosa I nivel, empresa social del Estado. Ciencia & Tecnología para la Salud Visual y Ocular; 12(1), pp.21-32. 2014.
15. Forero Mosquera, Anyel Viviana; Núñez Duran, Leidy Diana & Patiño Arciniegas, Shirley Hivania. Caracterización del ausentismo laboral en una empresa del sector salud del suroccidente colombiano para el año 2016. Tesis. Especialización en Salud Ocupacional Cali: Universidad Libre. Facultad de Ciencias de la Salud.; 2016.



16. Mendoza, A.J.. Comportamiento del ausentismo laboral por incapacidad y consulta médica en una empresa farmacéutica de Bogotá 1991-1994 (tesis). Bogotá: Universidad El Bosque; 1998.
17. Ribaya Mallada, F. J.. La Gestión del absentismo laboral Madrid: Montecorvo; 1996.
18. Molinera Mateos, José Francisco. Absentismo laboral Madrid; 2006.
19. Taylor, P.J.. Absenteeism definitions and statistics of occupational health and safety; 1;8-10. ; 1989.
20. Balderas Pedrero, María de la Luz. Administración de los servicios de enfermería.. 4th ed. México: Interamericana; 2005.
21. Ferrer, Jorge. Ausentismo. En XXIX Congreso de Ergonomía, Higiene, Medicina y Seguridad Ocupacional, 15ª Semana de la Salud Ocupacional. Corporación de Salud Ocupacional y ambiental. Medellín, Colombia. Medellín, Colombia;; 2009.
22. Ley 1468 de 2011. Diario Oficial No. 48.116 de 30 de junio. 2011..
23. Decreto 806 de 1998. Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional. 1998..
24. Ley 50 de 1950. Código Sustantivo de Trabajo. 1950..
25. ICONTEC. Norma técnica colombiana NTC 3701: higiene y seguridad: guía para la clasificación, registro y estadística de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. ; 1995.

26. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993. 1993..
27. Departamento Nacional de Planeación. Seguridad Social Integral. [Online].; 2017 [cited 2017 febrero 13. Available from: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-empleo-y-seguridad-social/Paginas/Seguridad-Social-Integral.aspx>.
28. EPS SURA. La seguridad social responsabilidad de todos. [Online].; 2017 [cited 2017 febrero 13. Available from: <https://www.epssura.com/historial-de-noticias/1412-la-seguridad-social-responsabilidad-de-todos>.
29. Ley 776 de 2002. Colombia. Senado de la República. ; 2002.
30. Ley 1562 de 2012. Ministerio de Trabajo de Colombia. ; 2012.
31. Decreto Ley 019 de 2012. Departamento Administrativo de Gestión Pública, Colombia. ; 2012.
32. Ministerio de la Protección Social. Informe de Enfermedad Profesional en Colombia. Años 2001 – 2002. Una oportunidad para la prevención. Bogotá 14p. ISBN: 958-97392-3-7. 2004.
33. Universidad Javeriana Colombia. La Incapacidad como Acto Medico; 2017.
34. Decreto 0019/10. Colombia. Congreso de la República. Por el cual por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública. Diario Oficial 48.308 (10. ; 2012.


35. Ley 23 de 1981. Congreso de la República de Colombia, Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Título II. ; 1981.
36. Arrelöv B, Alexanderson K, Hagberg J, Löfgren A, Nilsson N. & Ponzer S. Dealing with sickness certification: a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. BMC Public Health,7:273. 2007.
37. Asociación de Consultoras de la Comunidad Autónoma de Andalucía [ACA] PRL. Carga de trabajo. [Online].; 2016 [cited 2016 noviembre 24. Available from: [http://www.aca-prl.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=57:8-carga-de-trabajo&catid=36:riesgos-generales-y-su-prevencion&Itemid=60](http://www.aca-prl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=57:8-carga-de-trabajo&catid=36:riesgos-generales-y-su-prevencion&Itemid=60).
38. Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. 2016..
39. Medina Barona, L. & Morales Zorrilla, C. Análisis del ausentismo laboral por incapacidad temporal de una universidad pública del Suroccidente Colombiano en el periodo 2005 a 2009; 2018.
40. Arcos Vargas, K. & Durango, Á. Ausentismo laboral de 1-3 días en la IPS Angiografía de Occidente Cali.; 2018.
41. Aon Colombia. Estudio Ausentismo Colombia. [Online].; 2018 [cited 2018 noviembre 16. Available from: <https://authoring.aon.com/getmedia/5363986f-de75-4a60-ba04-f4d1ccd78cbb/ESTUDIO-BENCHMARKING-AUSENTISMO-2018.aspx>.
42. Forero Mosquera, A., Nuñez Duran, L. Pati & Ntilde; O Arciniegas, S.. Caracterización del ausentismo laboral en una empresa del sector salud del suroccidente colombiano para el año 2016 Cali: Unilibre; 2018.

43. Anon. 30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresas.; s.f.
44. Saldarriaga F., Juan Fernando y Martínez L, Elkin. Factores asociados al ausentismo laboral por causa médica en una institución de educación superior. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, Vol. 25, Núm. 1, enero-junio. 2007.
45. Navarro, R. M., Cubides, D. O., & Grajales, A. C.. Ausentismo Laboral por Motivos de Salud en Operadores de una Empresa de Buses del Sistema de Transporte Masivo de Cali, Colombia. Revista Colombiana de Salud Ocupacional, 5(4), 10-17. 2016.
46. Mosquera, F., Viviana, A., Duran, N., Diana, L., Arciniegas, P., & Hivania, S. Caracterización del ausentismo laboral en una empresa del sector salud del suroccidente colombiano para el año 2016.; 2017.
47. Rodriguez Lopez, M., Arrivillaga, M., Holguín, J., León, H., Ávila, A., Hernández, C., & Rincón-Hoyos, H.. Perfil del paciente hiperfrecuentador y su asociación con el trastorno ansioso depresivo en servicios de atención primaria de Cali, Colombia; 2018.
48. GALLUP. State of the American Workplace. Employee engagement insights for U.S.business leaders. ; s.f.
49. Jiménez, Flor. Condiciones que fomentan el ausentismo laboral en el personal de enfermería y su impacto financiero en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Bogotá entre los años 2011 y 2012. Diss. Tesis de Magister en Administración de Salud Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2014.
50. Álvarez-Blázquez Fernández, Fernando, et al.. Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria; 2010.

51. Ramírez, J. C. C. La incapacidad como acto médico. *Universitas Médica*, 54(1), 26-38. 2013.
52. Minsalud.gov.co. (2015). *Ministerio de Salud de Colombia*. [online] Available [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015). [Accessed 16 Jan. 2019].
53. Guía de incapacidad Temporal para Médicos de Atención Primaria. (2016). Retrieved from [http://www.isciii.es/isciii/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/guia\\_de\\_valoracion\\_de\\_incapacidad\\_laboral\\_para\\_ap.pdf](http://www.isciii.es/isciii/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/guia_de_valoracion_de_incapacidad_laboral_para_ap.pdf)
54. Samperio, J., Dávila, M. E. L., Esqueda, A. L., & Monroy, O. V. (2004). La actividad física y el deporte en el adulto mayor. *Bases fisiológicas*.

## ANEXOS

### AVAL COMITÉ DE ETICA

<b>Comité Institucional de Revisión de Ética Humana</b> <b>Facultad de Salud</b>	 <small>Universidad del Valle</small>
---	---

**ACTA DE RENOVACIÓN DE APROBACIÓN N° 015 - 017**

**Proyecto :** **CARACTERIZACIÓN DEL AUSENTISMO LABORAL POR INCAPACIDAD TEMPORAL DE ORIGEN COMÚN EN UNA EMPRESA PRESTADORA DE SALUD DEL SUROCCIDENTE COLOMBIANO, EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2016"**

**Sometido por:** **JORGE IRNE LOZADA MONTENEGRO / ADALBERTO MANYOMA LEUDO**

**Código Interno:** **131 - 017**      **Fecha en que fue sometido:** **11**      **09**      **2017**

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

**Este Comité certifica que:**

- Sus miembros revisaron los siguientes **documentos** del presente proyecto:

<input checked="" type="checkbox"/> Resumen del proyecto	<input checked="" type="checkbox"/> Protocolo de investigación
<input checked="" type="checkbox"/> Formato de consentimiento informado	<input checked="" type="checkbox"/> Instrumento de recolección de datos
<input type="checkbox"/> Folleto del investigador (si aplica)	<input checked="" type="checkbox"/> Cartas de las instituciones participantes
<input type="checkbox"/> Resultados de evaluación por otros comités (si aplica)	
- El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:
- Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo**:

<input type="checkbox"/> SIN RIESGO	<input checked="" type="checkbox"/> RIESGO MÍNIMO	<input type="checkbox"/> RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO
-------------------------------------	---	--
- Que las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
- La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.
- Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
- Informará inmediatamente** a las directivas institucionales:
  - Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
  - Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
- Informará inmediatamente** a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:
  - Lesiones a sujetos humanos.

---

Calle 4B 36 -00 edificio Decanato    Teléfono: 5185677    email: [eticasalud@correounivalle.edu.co](mailto:eticasalud@correounivalle.edu.co)



- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
- Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
  - Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
  - Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(s) y al presidente (Anexo 1).
  - Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
  - Cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
  - La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
  - El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma:

Fecha: 08 10 2018

Nombre:

MARIA FLORENCIA VELASCO DE MARTINEZ

Capacidad

PRESIDENTA

Teléfono: 5185677

representativa:

**CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE**

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma:

Fecha: 08 10 2018

Nombre:

WILMAR SALDARRIAGA

Capacidad representativa:

VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD

Teléfono: 5185680

